



Universidade Técnica de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana



Psicomotricidade na Promoção de Competências Pessoais e Sociais

Intervenção com crianças em contexto escolar e em contexto institucional e com
idosos em contexto institucional

Relatório de estágio elaborado com vista à obtenção do Grau de
Mestre em Reabilitação Psicomotora

Orientador: Professora Doutora Maria Celeste Rocha Simões

Júri:

Presidente:

Professor Doutor Rui Fernando Roque Martins

Vogais:

Professora Doutora Maria Celeste Rocha Simões

Professora Doutora Gina Maria Quintas Tomé

Ana Cristina Gonçalves de Aguiar Matias Ribeiro

2012

"Talvez não tenha conseguido fazer o melhor,
mas lutei para que o melhor fosse feito.
Não sou o que deveria ser, mas graças a Deus,
não sou o que era antes."
Martin Luther King

Agradecimentos

A realização deste trabalho foi possível graças à colaboração e ao contributo, de forma direta ou indireta, de várias pessoas e instituições, às quais gostaria de expressar o meu agradecimento. Em particular...

... aos meu pais pelo apoio e incentivo incondicional, e por tornarem possível a realização deste Mestrado;

... ao meu marido pelo suporte emocional nas horas mais complicadas;

... à minha colega de estágio Lúcia, pela alegria partilhada em todas as horas de trabalho conjunto, pelas vitórias que conquistámos quando parecia impossível e pela força transmitida nesses momentos;

... à minha orientadora de estágio, Professora Doutora Celeste Simões, pela disponibilidade, pelos conhecimentos transmitidos e pela amabilidade que demonstrou em todos os momentos;

... às Psicólogas da Junta de Freguesia de São Francisco Xavier, pelo apoio e transmissão dos seus conhecimentos, em especial à Dr.^a Catarina Abreu, à Dr.^a Ana Morato e à Dr.^a Marta Ferraz, com quem tive o prazer de estar mais próxima;

...à Dr.^a Paula Abreu do Centro de Dia São Francisco Xavier – Cruz Vermelha Portuguesa pela oportunidade e pela confiança depositada no nosso trabalho, e a todos os funcionários e voluntários pela amizade demonstrada;

...ao Dr.^o António Santinha e à Educadora Marília por tornarem possível a realização do nosso trabalho com as crianças da Casa da Fonte, pela disponibilidade e pelo carinho com que sempre me acolheram;

...à Dr.^a Carla Gomes e ao Dr.^o Hugo Gonçalves pelo apoio e pela oportunidade proporcionada;

... a todos os meus amigos pela paciência e pelo apoio nos momentos de maior frustração;

... e por último, mas não menos importante, a todas as crianças e idosos que nos dedicaram o seu tempo e amizade e que permitiram este trabalho.

Resumo

O presente relatório tem como objetivo a descrição da intervenção psicomotora, realizada no âmbito da promoção de competências pessoais e sociais, com crianças dos 5 aos 13 anos, em contexto institucional e em contexto escolar, e com idosos em contexto institucional. Nos vários contextos de intervenção foi desenvolvido um trabalho, com as devidas alterações de acordo com o contexto, que teve como base o Programa de Treino de Competências Pessoais e Sociais (Matos, 2005).

Nos resultados obtidos na intervenção com as crianças em contexto institucional, foi possível observar que as crianças gostaram das sessões e obtiveram melhorias ao nível do relacionamento com os colegas. Em contexto escolar, verificaram-se evoluções nos dois grupos, no entanto houve um grupo que obteve melhores resultados após a intervenção.

No que se refere à intervenção com idosos em contexto institucional, pode-se considerar que houve uma melhoria dos resultados, nomeadamente ao nível da motricidade fina, da compreensão e comunicação, do autocuidado e da saúde e bem-estar.

Na parte final deste relatório é realizada uma análise de todos os dados obtidos, nos três contextos, e serão apresentadas as dificuldades, as conclusões e as sugestões para intervenções futuras.

Palavras-chave: Crianças em Risco; Resiliência; Problemas de Comportamento; Institucionalização; Intervenção Psicomotora; Competências Pessoais e Sociais; Idosos; Qualidade de Vida.

Abstract

This report aims to describe the psychomotor intervention, conducted in the promotion of personal and social skills, with children from 5 to 13 years in institutional context and school context, and with elderly in institutional context. In the various context of intervention the work developed, with appropriate changes according to the context, was based on the Program of Personal and Social Skills Training (Matos, 2005)

The results obtained in intervention with children in institutional context, it was observed that the children enjoyed the sessions and achieved improvements in terms of relationships with colleagues. In the school context, there were developments in the two groups, however there was a group that got better results after the intervention.

Concerning the intervention with older people in institutional context, we can consider that there was an improvement of the results, particularly in terms of fine motor skills, understanding and communication, self-care and health and wellness.

In the final part of this report there will be an analysis of all data obtained in the three contexts, and will be presented the difficulties, conclusions and suggestions for future interventions.

Key-words: children at risk; resilience; behavior problems; institutionalization; Psychomotor Intervention; Personal and Social Skills; Elderly; Life Quality.

Índice Geral

Agradecimento.....	III
Resumo	IV
Abstract	IV
Índice Geral	V
Índice de Figuras	VII
Índice de Gráficos.....	VII
Índice de Quadros	XI
Índice de Tabelas	XI
Índice de Anexos	XII
1. Introdução	1
2. Enquadramento da Prática Profissional	2
2.1. Revisão da Literatura	2
2.1.1. Crianças em Risco	2
2.1.2. Fatores de Risco	4
2.1.3. Fatores de Proteção	5
2.1.4. Resiliência.....	6
2.1.5. Institucionalização	7
2.1.6. Problemas de Comportamento.....	9
2.1.7. Intervenção Psicomotora nas Competências Pessoais e Sociais em Crianças.....	10
2.1.8. Envelhecimento	12
2.1.9. Qualidade de Vida.....	13
2.1.10. Intervenção Psicomotora nas Competências Pessoais e Sociais em Idosos	14
2.2. Enquadramento Institucional	15
2.2.1. Casa da Fonte.....	15
2.2.2. Junta de Freguesia de São Francisco Xavier	16
2.2.3. Centro de Dia São Francisco Xavier	17
2.3. Enquadramento Legal	18
2.3.1. Casa da Fonte	18
2.3.2. Junta de Freguesia de São Francisco Xavier	20
2.3.3. Centro de Dia São Francisco Xavier.....	20
3. Realização da Prática Profissional	21
3.1. Caracterização da População	21

3.1.1. Casa da Fonte.....	21
3.1.2. Psicomotricidade na Escola.....	21
3.1.3. Centro de Dia São Francisco Xavier.....	22
3.2. Avaliação	23
3.2.1. Instrumentos de avaliação	23
3.2.2. Outros instrumentos	24
3.3. Condições de Avaliação	25
3.3.1. Casa da Fonte.....	25
3.3.2. Psicomotricidade na Escola.....	25
3.3.3. Centro de Dia São Francisco Xavier.....	25
3.4. Contextos de Intervenção	26
3.4.1. Casa da Fonte.....	26
3.4.2. Psicomotricidade na escola – E.B.1 d’Os Moinhos do Restelo	26
3.4.3. Psicomotricidade na escola – E.B.1 de Caselas	26
3.4.4. Centro de Dia São Francisco Xavier	27
3.5. Calendarização	27
3.5.1. Casa da Fonte.....	28
3.5.2. Junta de Freguesia São Francisco Xavier	29
3.5.3. Centro de Dia São Francisco Xavier.....	30
3.6. Estruturação da Intervenção e Objetivos.....	30
3.6.1. Casa da Fonte e Psicomotricidade na Escola.....	30
3.6.2. Centro de Dia São Francisco Xavier.....	32
3.7. Apresentação dos Resultados da Intervenção	33
3.7.1. Casa da Fonte.....	33
3.7.2. Psicomotricidade na Escola E.B.1 d’Os Moinhos do Restelo (Grupo 1)	45
3.7.3. Psicomotricidade na Escola E.B.1 de Caselas (Grupo 4)	54
3.7.4. Centro de Dia São Francisco Xavier.....	63
3.8. Discussão dos Resultados	67
3.8.1. Casa da Fonte.....	67
3.8.2. Psicomotricidade na Escola E.B.1 d’Os Moinhos do Restelo (Grupo 1)	69
3.8.3. Psicomotricidade na Escola E.B.1 de Caselas (Grupo 4)	70
3.8.4. Centro de Dia São Francisco Xavier	71
3.9. Atividades Complementares	73

4. Dificuldades e Limitações.....	73
5. Conclusão, Síntese Geral e Perspetivas para o Futuro	74
6. Bibliografia	76

Índice de Figuras

Figura 1: Fotografias da sala de intervenção no Centro Social Paroquial de Oeiras	26
Figura 2: Fotografias do ginásio da escola E.B.1 d'Os Moinhos do Restelo	26
Figura 3: Fotografias do ginásio da escola E.B.1 de Caselas	27
Figura 4: Fotografia do espaço de intervenção no Centro de Dia São Francisco Xavier	27

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Número de crianças em acolhimento na Casa da Fonte em 2011	16
Gráfico 2: Lotação do Centro de Dia no período de novembro de 2011 até maio de 2012.....	18
Gráfico 3: Número de crianças presentes em cada sessão	21
Gráfico 4: Número de sessões em que cada criança esteve presente	21
Gráfico 5: Média de idades inicial dos grupos de Psicomotricidade na Escola	22
Gráfico 6: Número de utentes presentes em cada sessão	23
Gráfico 7: Número de sessões em que cada utente esteve presente	23
Gráfico 8: Valores médios do grupo inicial obtidos pelos SDQ's dos educadores, dos auxiliares e das crianças – Casa da Fonte	34
Gráfico 9: Avaliação inicial e final dos educadores da subescala dos Sintomas Emocionais do SDQ – Casa da Fonte	35
Gráfico 10: Avaliação inicial e final dos educadores da subescala dos Problemas de Comportamento do SDQ – Casa da Fonte	35
Gráfico 11: Avaliação inicial e final dos educadores da subescala da Hiperatividade do SDQ – Casa da Fonte	36
Gráfico 12: Avaliação inicial e final dos educadores da subescala dos Problemas de Relacionamento com os Colegas do SDQ – Casa da Fonte	36
Gráfico 13: Avaliação inicial e final dos educadores da subescala do Comportamento Pró-Social do SDQ – Casa da Fonte	37

Gráfico 14: Avaliação inicial e final dos educadores do Total de Dificuldades do SDQ – Casa da Fonte.....	37
Gráfico 15: Avaliação inicial e final dos auxiliares da subescala dos Sintomas Emocionais do SDQ – Casa da Fonte	38
Gráfico 16: Avaliação inicial e final dos auxiliares da subescala dos Problemas de Comportamento do SDQ – Casa da Fonte	38
Gráfico 17: Avaliação inicial e final dos auxiliares da subescala da Hiperatividade do SDQ – Casa da Fonte	39
Gráfico 18: Avaliação inicial e final dos auxiliares da subescala dos Problemas de Relacionamento com os Colegas do SDQ – Casa da Fonte	39
Gráfico 19: Avaliação inicial e final dos auxiliares da subescala do Comportamento Pró-Social do SDQ – Casa da Fonte	40
Gráfico 20: Avaliação inicial e final dos auxiliares do Total de Dificuldades do SDQ – Casa da Fonte	40
Gráfico 21: Avaliação inicial e final das crianças da subescala dos Sintomas Emocionais do SDQ – Casa da Fonte	41
Gráfico 22: Avaliação inicial e final das crianças da subescala dos Problemas de Comportamento do SDQ – Casa da Fonte	41
Gráfico 23: Avaliação inicial e final das crianças da subescala da Hiperatividade do SDQ – Casa da Fonte.....	42
Gráfico 24: Avaliação inicial e final das crianças da subescala dos Problemas de Relacionamento com os Colegas do SDQ – Casa da Fonte	42
Gráfico 25: Avaliação inicial e final das crianças da subescala do Comportamento Pró-Social do SDQ – Casa da Fonte	43
Gráfico 26: Avaliação inicial e final das crianças do Total de Dificuldades do SDQ – Casa da Fonte	43
Gráfico 27: Perceção das crianças sobre as aprendizagens adquiridas após a intervenção – Casa da Fonte	44
Gráfico 28: Perceção das crianças das suas evoluções emocionais e comportamentais após a intervenção – Casa da Fonte	45
Gráfico 29: Valores médios iniciais do grupo obtidos pelos SDQ's dos professores e dos pais – Grupo 1	46
Gráfico 30: Avaliação inicial e final dos professores da subescala dos Sintomas Emocionais do SDQ – Grupo 1	47

Gráfico 31: Avaliação inicial e final dos professores da subescala dos Problemas de Comportamento do SDQ – Grupo 1	47
Gráfico 32: Avaliação inicial e final dos professores da subescala da Hiperatividade do SDQ – Grupo 1	48
Gráfico 33: Avaliação inicial e final dos professores da subescala dos Problemas de Relacionamento com os Colegas do SDQ – Grupo 1	48
Gráfico 34: Avaliação inicial e final dos professores da subescala do Comportamento Pró-Social do SDQ – Grupo 1	49
Gráfico 35: Avaliação inicial e final dos professores do Total de Dificuldades do SDQ – Grupo 1	49
Gráfico 36: Avaliação inicial e final dos pais da subescala dos Sintomas Emocionais do SDQ – Grupo 1	50
Gráfico 37: Avaliação inicial e final dos pais da subescala dos Problemas de Comportamento do SDQ – Grupo 1	50
Gráfico 38: Avaliação inicial e final dos pais da subescala da Hiperatividade do SDQ – Grupo 1	51
Gráfico 39: Avaliação inicial e final dos pais da subescala dos Problemas de Relacionamento com os Colegas do SDQ – Grupo 1	51
Gráfico 40: Avaliação inicial e final dos pais da subescala do Comportamento Pró-Social do SDQ – Grupo 1	52
Gráfico 41: Avaliação inicial e final dos pais do Total de Dificuldades do SDQ – Grupo 1	52
Gráfico 42: Perceção das crianças sobre as aprendizagens adquiridas após a intervenção – Grupo 1	53
Gráfico 43: Perceção das crianças das suas evoluções emocionais e comportamentais após a intervenção – Grupo 1	53
Gráfico 44: Valores médios iniciais do grupo obtidos pelos SDQ's dos professores, dos pais e das crianças – Grupo 4	54
Gráfico 45: Avaliação inicial e final do professor da subescala dos Sintomas Emocionais do SDQ – Grupo 4	55
Gráfico 46: Avaliação inicial e final do professor da subescala dos Problemas de Comportamento do SDQ – Grupo 4	55
Gráfico 47: Avaliação inicial e final do professor da subescala da Hiperatividade do SDQ – Grupo 4	55

Gráfico 48: Avaliação inicial e final do professor da subescala dos Problemas de Relacionamento com os Colegas do SDQ – Grupo 4	56
Gráfico 49: Avaliação inicial e final do professor da subescala do Comportamento Pró-Social do SDQ – Grupo 4	56
Gráfico 50: Avaliação inicial e final do professor do Total de Dificuldades do SDQ – Grupo 4	56
Gráfico 51: Avaliação inicial e final dos pais da subescala dos Sintomas Emocionais do SDQ – Grupo 4	57
Gráfico 52: Avaliação inicial e final dos pais da subescala dos Problemas de Comportamento do SDQ – Grupo 4	57
Gráfico 53: Avaliação inicial e final dos pais da subescala da Hiperatividade do SDQ – Grupo 4	57
Gráfico 54: Avaliação inicial e final dos pais da subescala dos Problemas de Relacionamento com os Colegas do SDQ – Grupo 4	58
Gráfico 55: Avaliação inicial e final dos pais da subescala do Comportamento Pró-Social do SDQ – Grupo 4	58
Gráfico 56: Avaliação inicial e final dos pais do Total de Dificuldades do SDQ – Grupo 4	59
Gráfico 57: Avaliação inicial e final das crianças da subescala dos Sintomas Emocionais do SDQ – Grupo 4	59
Gráfico 58: Avaliação inicial e final das crianças da subescala dos Problemas de Comportamento do SDQ – Grupo 4.....	60
Gráfico 59: Avaliação inicial e final das crianças da subescala da Hiperatividade do SDQ – Grupo 4	60
Gráfico 60: Avaliação inicial e final das crianças da subescala dos Problemas de Relacionamento com os Colegas do SDQ – Grupo 4	60
Gráfico 61: Avaliação inicial e final das crianças da subescala do Comportamento Pró-Social do SDQ – Grupo 4	61
Gráfico 62: Avaliação inicial e final das crianças do Total de Dificuldades do SDQ – Grupo 4	61
Gráfico 63: Perceção das crianças sobre as aprendizagens adquiridas após a intervenção – Grupo 4	62
Gráfico 64: Perceção das crianças das suas evoluções emocionais e comportamentais após a intervenção – Grupo 4.....	62

Índice de Quadros

Quadro 1: Horário semanal da intervenção realizada	28
Quadro 2: Planeamento anual das sessões de Psicomotricidade da Casa da Fonte	28
Quadro 3: Planeamento anual das sessões de Psicomotricidade na Escola E.B.1 d'Os Moinhos do Restelo (Grupo 1).....	29
Quadro 4: Planeamento anual das sessões de Psicomotricidade na Escola E.B.1 de Caselas (Grupo 4)	29
Quadro 5: Calendarização das sessões do projeto “Afetos na Escola”	30
Quadro 6: Planeamento das sessões de Psicomotricidade no Centro de Dia São Francisco Xavier	30
Quadro 7: Estrutura da sessão de Psicomotricidade na Casa da Fonte e no projeto Psicomotricidade na Escola	32
Quadro 8: Estrutura da sessão de Psicomotricidade no Centro de Dia São Francisco Xavier	33
Quadro 9: Valores de categorização das subescalas do SDQ validados para a população portuguesa	34
Quadro 10: Valores de categorização das subescalas do SDQ validados para a população portuguesa	46
Quadro 11: Valores de categorização das subescalas do SDQ validados para a população portuguesa	54

Índice de Tabelas

Tabela 1: Avaliação inicial e final do domínio da Orientação dos utentes do Centro de Dia São Francisco Xavier.....	63
Tabela 2: Avaliação inicial e final da capacidade de Retenção e Evocação dos utentes do Centro de Dia São Francisco Xavier.....	63
Tabela 3: Avaliação inicial e final do domínio da Saúde Mental e Bem-Estar dos utentes do Centro de Dia São Francisco Xavier.....	64
Tabela 4: Avaliação inicial e final dos domínios Compreensão e Comunicação, Relações Interpessoais e Autocuidado dos utentes do Centro de Dia São Francisco Xavier	65
Tabela 5: Avaliação inicial e final dos domínios Físico e Psicológico dos utentes do Centro de Dia São Francisco Xavier	65

Tabela 6: Avaliação inicial e final da Motricidade Fina, Noção Corporal e Estruturação Rítmica dos utentes do Centro de Dia São Francisco Xavier	66
Tabela 7: Avaliação inicial e final do Equilíbrio dos utentes do Centro de Dia São Francisco Xavier	66
Tabela 8: Avaliação inicial e final da Vigília dos utentes do Centro de Dia São Francisco Xavier durante o preenchimento do protocolo	67

Índice de Anexos

Anexo 1 - Planeamento anual das atividades desenvolvidas no estágio	
Anexo 2 - Relatório da atividade “Afetos na Escola” - Turma 1ºC	
Anexo 3 - Relatório da atividade “Afetos na Escola” - Turma 2ºB	
Anexo 4 - Relatório da atividade “Afetos na Escola” - Turma 3ºA	
Anexo 5 - Planeamento da atividade “Psicomotricidade na Escola” – Grupo 1	
Anexo 6 - Relatório da atividade “Psicomotricidade na Escola” – Grupo 1	
Anexo 7 - Planeamento da atividade “Psicomotricidade na Escola” – Grupo 4	
Anexo 8 - Relatório da atividade “Psicomotricidade na Escola” – Grupo 4	
Anexo 9 - Planeamento da sessão de Psicomotricidade na Casa da Fonte	
Anexo 10 - Relatório da sessão de Psicomotricidade na Casa da Fonte	
Anexo 11 – Questionário da Avaliação da Sessão na Casa da Fonte	
Anexo 12 – TPC da Casa da Fonte	
Anexo 13 - Planeamento da sessão de Psicomotricidade no CDSFX	
Anexo 14 - Relatório da sessão de Psicomotricidade no CDSFX	
Anexo 15 - Planeamento e relatório da atividade final extra na Casa da Fonte	
Anexo 16 - Planeamento e relatório da atividade extra “Campo de Férias da Páscoa” da Junta de Freguesia de São Francisco Xavier	
Anexo 17 - SDQ – <i>Streghts and Difficulties Questionnaire</i> – Versão Pais	
Anexo 18 - SDQ – <i>Streghts and Difficulties Questionnaire</i> – Versão Professor	
Anexo 19 - SDQ – <i>Streghts and Difficulties Questionnaire</i> – Versão Crianças	
Anexo 20 - SDQ – <i>Streghts and Difficulties Questionnaire</i> – Folha de Cotação Versão Pais e Professores	
Anexo 21 - SDQ – <i>Streghts and Difficulties Questionnaire</i> – Folha de Cotação Versão Crianças	
Anexo 22 – Ficha de Avaliação do Impacto do Programa	
Anexo 23 – Projeto “Psicomotricidade no Lar / Centro de Dia”	

Anexo 24 – Protocolo de avaliação dos idosos - Versão de autopreenchimento

Anexo 25 – Folha de Cotação do Protocolo de avaliação

Anexo 26 – Panfleto informativo da atividade “Psicomotricidade na Escola”

1. Introdução

O presente relatório insere-se no âmbito de estágio do ramo de aprofundamento de competências profissionais (RACP) do Mestrado em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana. O estágio no ramo de aprofundamento de competências profissionais tem como objetivos gerais: estimular o domínio do conhecimento aprofundado na área da Reabilitação Psicomotora (dirigida às pessoas com situações de deficiência, perturbação e desordens/distúrbios), nas suas múltiplas vertentes científica e metodológica, promovendo uma competência reflexiva multidisciplinar; desenvolver a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de Reabilitação Psicomotora, nos diferentes contextos e domínios de intervenção; e desenvolver a capacidade para prestar um contributo inovador na conceção e implementação de novos conhecimentos e novas práticas, bem como no desenvolvimento de novas perspetivas profissionais e políticas, visando o desenvolvimento do enquadramento profissional e científico da área.

O principal objetivo deste estágio centrou-se na promoção das competências pessoais e sociais em crianças em contexto escolar, em crianças institucionalizadas e com idosos em contexto de centro de dia e lar.

Este estágio foi realizado em parceria com a estagiária Lígia Cardoso, na Junta de Freguesia de São Francisco Xavier, através da intervenção na escola E.B.1 d'Os Moinhos do Restelo e na E.B.1 de Caselas com os projetos “Afetos na Escola”, que contou com 3 turmas, e Psicomotricidade na escola, que englobou 4 grupos de crianças com idades entre os 6 e os 10 anos, e no Centro de Dia São Francisco Xavier – Cruz Vermelha Portuguesa com o projeto “Psicomotricidade no Centro de Dia”. Para além destes contextos, o estágio realizou-se ainda na Casa da Fonte, uma unidade de acolhimento de emergência de crianças e jovens em situação de risco, e no Centro Social Paroquial de Oeiras com idosos em contexto de centro de dia e lar através do projeto “Psicomotricidade no Centro de Dia”. Embora a intervenção, em todos os locais de estágio, tenha sido realizada em conjunto, tal como referido anteriormente, foi realizada uma divisão dos grupos que cada estagiária apresenta no seu relatório, para que seja possível cumprir as regras estabelecidas para a elaboração do mesmo. Assim, neste relatório irá constar a análise do Grupo 1 e do Grupo 4 do projeto Psicomotricidade na escola, do grupo de idosos do Centro de Dia São Francisco Xavier, no âmbito do projeto “Psicomotricidade no Centro de Dia”, e o grupo de crianças da Casa da Fonte.

Para melhor compreender cada contexto, e o trabalho desenvolvido nos mesmos, este relatório estará dividido em 5 partes, nomeadamente: enquadramento da prática profissional; realização da prática profissional; dificuldades e limitações; e conclusão. No enquadramento da prática profissional será realizada uma breve revisão da literatura, a caracterização das instituições onde o estágio foi realizado e o enquadramento legal das mesmas. Na segunda parte deste relatório, mais concretamente na realização da prática profissional, será apresentada a caracterização da população, os instrumentos de avaliação utilizados, as condições de avaliação, os objetivos, os contextos e a calendarização da intervenção, a planificação das sessões, os resultados da intervenção e a sua discussão. Na terceira parte, serão descritas, as dificuldades e limitações sentidas durante a intervenção. Na parte da conclusão, será realizada uma síntese de todo o trabalho desenvolvido, que irá focar as conclusões, as recomendações e as perspetivas para o futuro. No fim, estará a bibliografia consultada para a realização deste trabalho.

Neste relatório encontram-se ainda em anexo os instrumentos de avaliação, um exemplar dos planeamentos e dos relatórios das sessões de todos os contextos, assim como todos os materiais considerados pertinentes para a compreensão deste relatório.

Todos os planeamentos e relatórios realizados encontram-se em anexo no cd.

Psicomotricidade na Promoção de Competências Pessoais e Sociais – Intervenção com idosos em contexto institucional e com crianças em contexto escolar e em contexto institucional

2. Enquadramento da Prática Profissional

Neste enquadramento encontram-se definidos diferentes conceitos, essenciais para a compreensão do trabalho realizado no âmbito da promoção de competências pessoais e sociais em crianças e idosos.

Assim, irão ser abordados os conceitos de crianças em risco, de fatores de risco e de proteção da criança, assim como a resiliência. Será abordada ainda a questão da institucionalização da criança, dos problemas de comportamento e da intervenção psicomotora nas competências pessoais e sociais em crianças.

Após a apresentação dos conceitos ligados à intervenção com as crianças, serão apresentados conceitos referentes à intervenção com os idosos, como o envelhecimento, a qualidade de vida e a intervenção psicomotora nas competências pessoais e sociais nos idosos.

2.1. Revisão da Literatura

2.1.1. Crianças em Risco

Quando falamos em crianças, e neste caso mais concreto em crianças em risco, torna-se imprescindível a compreensão do desenvolvimento humano, e dos seus diversos modelos explicativos, como é o caso do modelo bioecológico de Bronfenbrenner.

De acordo com o modelo bioecológico de Bronfenbrenner (Bronfenbrenner & Morris, 2006), o desenvolvimento apresenta-se como um fenómeno de transformações das características biopsicológicas do ser humano, que decorre durante a vida a um nível individual e grupal. Este modelo apresenta quatro dimensões multidirecionais e interrelacionadas: o processo, a pessoa, o contexto e o tempo (Bronfenbrenner & Morris, 2006). Desta forma, pode-se dizer que este modelo contempla o desenvolvimento de maneira ampla, focalizando-se nas interações das pessoas com os seus diferentes contextos (Poletto & Koller, 2008), tendo em conta a qualidade e duração dessas mesmas interações (Martins & Szymanski, 2004a). Estes contextos englobam quatro níveis distintos: o microssistema, o mesossistema, o exossistema e o macrosistema (Martins & Szymanski, 2004a). Os sistemas encaixam-se, como um conjunto de bonecas russas, e influenciam o desenvolvimento da criança de várias formas, sendo que em determinada situação um contexto pode ter mais impacto que outro, mostrando assim que diferentes contextos (família, escola) podem ter influências diversas no desenvolvimento (Poletto & Koller, 2008). Prova-se então que as crianças influenciam os próprios ambientes onde se encontram e, são influenciadas ao mesmo tempo pelos que estão ao seu redor (Martins & Szymanski, 2004a).

Por vezes, os ambientes em que as crianças estão inseridas não são os mais adequados, ou benéficos, para o seu desenvolvimento. Desta forma, as crianças ficam expostas a situações consideradas de risco, que podem comprometer o seu desenvolvimento.

De acordo com o nº2 do artigo 3º da Lei nº 147/99 de 1 de Setembro, lei que tutela a proteção de crianças e jovens em perigo, considera-se que a criança ou o jovem se encontra em perigo quando está abandonada ou vive entregue a si própria, se sofre maus tratos, físicos e/ou psicológicos ou é vítima de abusos sexuais, se não recebe os cuidados ou a afeição adequados, se é obrigada a atividades ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento, quando está sujeita, direta ou indiretamente, a comportamentos que afetem gravemente a sua segurança ou equilíbrio emocional e quando adota comportamentos que afetem gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, representante legal ou quem tenha a guarda de facto, se oponha de modo adequado a mudar a situação.

Morais (2011), refere que uma criança será considerada em situação de risco quando o seu desenvolvimento não decorre conforme o esperado para a sua faixa etária e para os parâmetros da sua cultura.

Penha (1996), considera “criança em risco” toda a criança que, pelas suas características biológicas e/ou pelas características da sua família, está sujeita a situações que comprometam a satisfação das suas necessidades básicas de natureza material ou afetiva. Deste ponto de vista a definição do conceito de “risco” deve considerar a heterogeneidade destas necessidades físicas e psicológicas nas diferentes idades da criança (estádios de desenvolvimento) e da capacidade dos vários contextos de desenvolvimento (família, escola, comunidade) de satisfazer essas mesmas necessidades (Penha, 1996).

Uma das principais funções do Estado consiste, exatamente, em garantir apoio às famílias que, excluídas das vantagens do progresso ou desprovidas de um quadro de valores de referência, não consigam assegurar a satisfação das necessidades básicas dos seus filhos (Tomás & Fonseca, 2004; UNICEF, 1990), sejam elas de ordem físico-biológica, cognitiva ou socioemocional (CNPCJR, 2011).

Portugal foi um dos primeiros países a adotar legislação específica para menores (Lei de Proteção à Infância, de 27 de Maio de 1911) apesar dos primeiros progressos ao nível das políticas da infância terem ocorrido após 1974 (Tomás & Fonseca, 2004). Em Portugal, tem-se registado um aumento significativo de sinalizações às Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ, 2007). Desde 2002, ano em que foram instaurados 9445 processos, tem-se verificado um aumento significativo de sinalizações, como prova o número de processos instaurados em 2010, que perfez um total de 68300 processos (CPCJ, 2010). Os distritos mais representativos desta situação foram Lisboa, Porto e Setúbal, verificando-se que as grandes metrópoles continuam a ser o foco desta realidade (CPCJ, 2010). Dos processos instaurados em 2010, a maioria representa crianças do género masculino com idades compreendidas entre os 11 e os 14 anos (CPCJ, 2010).

A noção de proteção da criança ou jovem implica a identificação do perigo, ou perigos, a que possa estar sujeita (Benavente, 2010) e, em 2010 as situações de perigo mais identificadas foram: Negligência, a exposição a modelos de comportamento desviante, o abandono escolar, os maus-tratos psicológicos/abuso emocional e os maus-tratos físicos (CPCJ, 2010).

A infância é um período de grande importância para o desenvolvimento relacional e psicológico de uma pessoa (Pinto & Maia, 2009). Os maus-tratos ou experiências adversas ocorridas durante a infância são particularmente prejudiciais ao desenvolvimento. A maioria dos traumas vividos na infância possui um carácter relacional e tem origem naqueles que deveriam proteger a criança, o que coloca em causa o desenvolvimento de fatores de resiliência genéticos, neurobiológicos, sociais e psicológicos (Collishaw, Pickles, Messer, Rutter, Shearer, & Maughan, 2007).

As situações de perigo social que muitas crianças vivem só poderão ser resolvidas, ou pelo menos atenuadas, solucionando-se as causas sociais que estão na sua origem (Tomás & Fonseca, 2004). Estes jovens deverão ser merecedores de especial atenção por parte de técnicos, no sentido de ocorrer uma intervenção preventiva ou promocional com os mesmos, com o objetivo de aumentar as suas competências pessoais e sociais (Remédios, 2010).

No entanto, definir uma situação de risco não é de toda tarefa simples, isto porque todas as crianças, em algum momento das suas vidas, poderão enfrentar situações que comprometam o seu desenvolvimento (Tomás & Fonseca, 2004). Trata-se então de compreender o peso de todos os fatores, sejam de risco ou de proteção, e as consequências que estes têm para o seu desenvolvimento, assim como a capacidade que a criança tem para lidar com os mesmos. São estes conceitos que serão abordados seguidamente.

2.1.2. Fatores de Risco

Durante o desenvolvimento da criança ou jovem, existem vários contextos que poderão contribuir de forma favorável ou desfavorável para o seu crescimento, nomeadamente a família, a escola e os grupos de pares (Remédios, 2010). Aos fatores desfavoráveis que encontramos nestes contextos chamamos fatores de risco.

Segundo Pesce, Assis, Santos e Oliveira (2004), eventos de risco funcionam como obstáculos, individuais ou ambientais, que aumentam a vulnerabilidade da criança para obter resultados negativos no seu desenvolvimento. Para Sapienza e Pedromônico (2005), os fatores de risco são variáveis ambientais que aumentam a probabilidade de ocorrência de efeitos indesejáveis para o desenvolvimento. Nestes fatores incluem-se os comportamentos que podem comprometer a saúde, o bem-estar ou o desempenho social do indivíduo (Morais, 2011).

Horowitz (1992, *cit. in* Sapienza & Pedromônico, 2005), refere que os riscos podem atuar em qualquer etapa do ciclo vital, não apenas durante a infância e a adolescência, mudando o curso do desenvolvimento. As consequências que os fatores de risco têm para o indivíduo variam de acordo com as características dos próprios fatores de risco, com as características dos indivíduos expostos ao risco e com a interação entre os indivíduos e o risco (Simões, 2007).

Podemos encontrar o risco em vários domínios, mais precisamente nos domínios pessoal, familiar e comunitário (Antunes, 2011; Maia & Williams, 2005; Simões, 2005).

Entre os fatores de risco de nível pessoal, ou biológico, destacam-se a prematuridade, o défice físico ou psíquico, os problemas de comportamento (agressividade, oposição, absentismo escolar, entre outros) e as doenças neurológicas congénitas ou adquiridas (CNPCJR, 2011). A nível familiar, temos que ter em conta que a família é tida como o contexto mais importante para o desenvolvimento humano (Simões, 2005), principalmente no desenvolvimento moral e social da criança (Camacho & Matos, 2005). Podemos encontrar neste domínio fatores de risco como: desestruturação familiar, violência doméstica, pais adolescentes, ausência de comunicação pais-filhos, toxicodependências, desemprego e expectativas irrealistas relativamente ao comportamento e capacidade dos filhos (CNPCJR, 2011). Fatores associados à família, como a sua estrutura física, social e psicológica, podem ser decisivos para desajustamentos a vários níveis (Simões, 2005). No entanto, existem famílias que apresentam vários fatores de risco, mas que apesar disso, respondem adequadamente às necessidades dos seus filhos (CNPCJR, 2011). Por último, os fatores de nível comunitário apresentam como fatores de risco a aceitação de violência como forma de disputa interpessoal, a tolerância social para a educação através da punição física e as dificuldades de acesso à saúde e educação (CNPCJR, 2011; Sapienza & Pedromônico, 2005).

Embora inicialmente se tenham considerado estes fatores como eventos estáticos, estudos mais recentes sugerem que o risco é um processo, e que o número total de fatores de risco a que uma criança foi exposta, o período de tempo, o momento da exposição ao risco e o contexto são mais importantes do que uma única exposição grave (Engle, Castle & Menon, 1996, *cit. in* Pesce *et al.*, 2004).

A combinação de fatores de risco de várias categorias, como os individuais e os ambientais, promove uma maior probabilidade de se verificarem consequências negativas (Simões, 2005). Por exemplo, a combinação de quatro ou mais fatores, quadruplica a probabilidade de desajustamento, quando comparada com uma combinação de apenas três fatores (Antunes, 2011). Assim, crianças e jovens com determinadas características biológicas e com determinadas variáveis ambientais terão maior probabilidade de apresentar desajustamentos no seu desenvolvimento, quando comparadas com crianças e jovens que não sofreram efeitos destes fatores de risco (Antunes, 2011). Com efeito, o conhecimento atual dos fatores de risco demonstra que os

graves problemas resultam da combinação de diferentes fatores (Penha, 1996), sendo essa combinação a origem da maioria dos problemas de comportamento (Sapientza & Pedromônico, 2005). Barnett (1997, *cit. in* Maia & Williams, 2005) afirma que nenhum outro fator de risco tem uma associação mais forte com a psicopatologia do desenvolvimento do que uma criança maltratada, já que, o abuso e a negligência causam desajustes em vários domínios do desenvolvimento, incluindo as áreas da cognição, linguagem, desempenho académico e desenvolvimento socioemocional.

Quando os jovens não conseguem ultrapassar as situações de risco em que se encontram, deixando-se levar pelas mesmas, têm mais dificuldades em enfrentar positivamente os desafios da vida (Pesce *et al.*, 2004). No entanto, é importante salientar que um evento pode ser entendido como “risco” por um indivíduo e para outro, ser apenas um desafio (Yunes & Szymanski, 2001, *cit. in* Pesca *et al.*, 2004)

Na sociedade atual, torna-se desta forma perentório o estudo dos fatores de risco, para que futuramente se possa identificar, mais rápida e eficazmente, crianças e jovens expostos a fatores de risco de vários níveis, responsáveis por alterações no desenvolvimento (Sapientza & Pedromônico, 2005).

2.1.3. Fatores de Proteção

Existem várias pessoas que vivenciam acontecimentos negativos e situações problemáticas, e conseguem manter comportamentos ajustados (Matos & Spence, 2008). Pode-se dizer que essas pessoas possuem um conjunto de fatores designados por fatores de proteção ou compensatórios (CNPCJR, 2011; Freitas *et al.*, 2011), sendo esses que atuam face à presença adversa de fatores de risco, impedindo o desenvolvimento de problemas psicológicos (Freitas *et al.*, 2011).

Segundo Simões (2005), os fatores de proteção referem-se a variáveis responsáveis pela diminuição ou eliminação das influências negativas da exposição ao risco. Pode-se assim considerar os fatores de proteção como a contrapartida positiva na interação com o risco (Antunes, 2011). Estes fatores são também compreendidos como condições ou variáveis que diminuem a probabilidade de o indivíduo desenvolver problemas de externalização, tais como: agressão, uso de álcool ou drogas, raiva, desordem de conduta, crueldade para com animais, entre outros (Holden, Geffner & Jouriles, 1998, *cit. in* Maia & Williams, 2005).

Os fatores de proteção podem ser individuais, familiares ou comunitários, tal como os fatores de risco (Simões, 2005). Como fatores individuais temos a autoestima, a autonomia, a autoeficácia, a forte vinculação com um dos progenitores, a relação afetiva securizante com o adulto significativo, as boas capacidades cognitivas, entre outros (CNPCJR, 2011). Os fatores individuais são de extrema importância não só porque atuam diretamente sobre o risco, mas também porque potenciam o aparecimento de fatores de proteção na família e na comunidade (Carvalho, 2012).

Werner (1998, *cit. in* Maia & Williams, 2005) assinala algumas características de crianças que conseguem lidar de forma adequada com as adversidades. Tais indivíduos possuem senso de eficácia, são socialmente mais percetivos do que os seus pares que não conseguem lidar com as adversidades, possuem habilidades de resolução de problemas, possuem a habilidade de solicitar ajuda de outras pessoas quando necessário e possuem a crença de que podem influenciar positivamente o seu ambiente (Maia & Williams, 2005).

Dos fatores familiares pode-se destacar o exercício efetivo das responsabilidades parentais, as interações positivas pais – filhos, a disponibilidade emocional, a presença de suporte familiar e social e a estabilidade económica (CNPCJR, 2011). Por último, como fatores de proteção comunitários temos o meio escolar como um meio integrador, os recursos adequados na comunidade, a ocupação dos tempos livres das crianças, os grupos formais e informais de pares e o acesso aos recursos de saúde e educação (CNPCJR, 2011).

Os fatores de proteção, tal como os fatores de risco, podem surgir em qualquer altura ao longo da vida, em qualquer contexto, em qualquer domínio, na própria pessoa, na família, na escola, com os amigos ou até na comunidade (Freitas *et al.*, 2011). Para além disso, estes fatores atuam de forma aditiva, ou seja, o surgimento de um fator pode desencadear outros fatores de proteção (Freitas *et al.*, 2011).

Segundo Werner e Smith (2001, *cit. in* Simões, 2005), existem fatores de proteção como a autonomia, a autoconfiança, a maturidade social e as competências escolares, que têm mais impacto que alguns fatores de risco.

Masten, Hubbard, Gest, Tellegen, Garmez e Ramirez (1999, *cit. in* Simões, 2005) realizaram um estudo longitudinal, ao longo de dez anos, que permitiu constatar que os fatores de proteção estão relacionados com o desenvolvimento de competências pessoais e sociais. Este é um facto importante pois sabe-se que os indivíduos que possuem estas competências, quando expostos a situações de risco, revelam-se resilientes, ao invés daqueles que as não têm (Simões, 2005).

2.1.4. Resiliência

A origem do conceito resiliência encontra-se na expressão latina *resilire*, que significa *saltar para trás, voltar*, e remete para a ideia de elasticidade e de rápida capacidade de recuperação (Antunes, 2011).

Não existe uma definição única e consensual da resiliência (Filipe, 2011, *cit. in* Carvalho, 2012), pelo contrário, uns autores entendem-na como traço ou característica do sujeito para fazer face a situações de adversidade, e outros vêem-na como sendo um processo complexo em evolução ao longo da vida, que depende das variações dos fatores de risco e de proteção. Segundo Antunes (2011), resiliência é a capacidade que as crianças e jovens têm para ultrapassar situações adversas mediante comportamentos ajustados.

Rutter (1993, *cit. in* Jardim, 2007) defende que esta competência se caracteriza como um conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que possibilitam ter uma vida "sã" num meio "não-são". Werner (1989, 1994, *cit. in* Simões, 2005), refere que para existir resiliência terá que existir um equilíbrio entre os fatores de risco e os fatores de proteção, ou seja, se existirem mais fatores de risco também serão necessários mais fatores de proteção para compensá-los. Serão esses fatores de proteção que se podem desenvolver, estimular ou melhorar, para fazer face aos riscos que são tantas vezes difíceis ou impossíveis de alterar (Simões, 2005). Desta forma, constata-se que a resiliência não é um traço fixo e estável ao longo do tempo, mas sim algo mudável em função das variações dos fatores de risco e de proteção (Simões, 2005).

Os estudos nesta área indicam que não se pode afirmar, taxativamente, que o facto de alguém ter vivenciado uma ou várias experiências negativas determina a sua capacidade para lidar com a adversidade (Anaut, 2005). De facto, a resiliência pode ser vista como um processo dinâmico, já que numa determinada fase da vida o indivíduo poderá manifestar comportamentos de adaptação positiva aos contextos e noutras poderá não ser capaz de se adaptar tão eficazmente perante as adversidades (Abreu & Xavier, 2008). Uma pessoa pode ser resiliente numa área do seu desenvolvimento, por exemplo a nível académico, e ao mesmo tempo, apresentar dificuldades no relacionamento interpessoal em função da exposição a algum fator de risco. O facto de uma pessoa ser resiliente em determinada área do seu desenvolvimento não implica que ela seja resiliente nas demais (Cecconello, 2003). Outro aspeto importante é que a resiliência pode não se manifestar de igual forma face a riscos e contextos diferentes, ou seja, o indivíduo pode assumir diferentes formas de comportamento em função dos riscos com que se depara e dos contextos onde está envolvido (Fergus & Zimmerman, 2005).

As circunstâncias mais favoráveis para promover resiliência não estão relacionadas com a ausência de *stress*, mas com desafios graduais que reforçam as habilidades pessoais, as estratégias de coping e as características pessoais (Cecconello, 2003).

Segundo Grünspun (2003, *cit. in* Sapienza & Pedromônico, 2005), as crianças resilientes possuem algumas características específicas como: competência social, competência para resolver problemas, autonomia, autoestima positiva, persistência, autocontrolo e autoeficácia. Nos seus contextos, essas crianças ainda contam com práticas parentais competentes, vantagens socioeconómicas e conexões com redes familiares de apoio. Além destas, no contexto extrafamiliar, mantêm vínculos com adultos e organizações pró-sociais e frequentam a escola (Sapienza & Pedromônico, 2005).

Laesel (n.d., Penha, 1996), definiu 10 recursos pessoais e sociais geradores de resiliência, nomeadamente: a relação estável, pelo menos com um dos pais ou outra pessoa de referência; o apoio social dentro e fora da família; o clima educativo, emocionalmente positivo, aberto, orientador e regido por normas; os modelos sociais que estimulam uma conduta construtiva; a avaliação de responsabilidades sociais e exigência de resultados; as competências cognitivas; as oportunidades de autonomia que favoreçam uma atitude eficaz; as experiências de autoeficácia, autoconfiança e conceito positivo de si mesmo; a atuação positiva face a fatores de stress e a atribuição de significado ao próprio crescimento.

Para Jardim (2007), é possível promover, através de intervenções psicossociais, os recursos que habilitam o indivíduo e o grupo a ser resiliente, nomeadamente as capacidades pessoais (autoconhecimento, autoestima), as capacidades sociais (empatia, assertividade e suporte social) e as capacidades profissionais (criatividade, cooperação e liderança) (Jardim, 2007).

Apesar dos significativos avanços no campo da resiliência, deve-se ter a preocupação em não transformar a resiliência num conceito “da moda” que subestime circunstâncias de vida penosas como, por exemplo, o contexto de violência (Pesce *et al.*, 2004). A ênfase na promoção da resiliência não deve substituir as políticas de combate à desigualdade social e condições de vida precárias de alguns sujeitos (Pesce *et al.*, 2004).

2.1.5. Institucionalização

As instituições existem em todas as sociedades organizadas, representando assim uma componente essencial ao funcionamento das mesmas (Santos, 2010), sempre que a proteção e a promoção dos direitos fundamentais das crianças e jovens não se verifique (Antunes, 2011). As razões que levam uma criança à institucionalização são muitas e variadas, mas há, entre todas as histórias, pontos em comum: a violência, o abandono, ou ambos (Oriente & Sousa, 2005). Segundo Antunes (2011), o acolhimento de crianças e jovens é entendido como uma medida de proteção contra maus-tratos, negligência e/ou incapacidade educativa parental que impedem a manutenção de condições básicas para o desenvolvimento adequado de crianças e jovens. Segundo Martins (2004, *cit. in* Silva, 2009), o acolhimento institucional pode ser definido como uma medida de colocação em instituição com equipamentos e equipa técnica apropriados para responder às necessidades das crianças a que se destinam, promovendo o seu bem-estar, educação e desenvolvimento.

A institucionalização é encarada, quase sempre, como uma transição difícil que nem sempre é aceite pelos jovens (Mota & Matos, 2008). Para os jovens, a institucionalização é vista como uma prisão, um local onde não escolheram estar, que desperta neles sentimentos de perda, abandono ou rejeição do seio familiar (Matos, 2003). O período de acolhimento constitui, inevitavelmente, um momento de grande vulnerabilidade e sofrimento emocional para a criança ou jovem (Antunes, 2011), mas existem muitas vezes situações adversas no ambiente familiar, que tornam o acolhimento institucional a melhor opção (Dell’Aglia, 2000). As representações sociais que foram sendo construídas à volta do acolhimento institucional são tendencialmente negativas, apesar de ser a medida mais aplicada no sistema de proteção (Santos, 2010).

Segundo o Plano de Intervenção Imediata (PII, 2009), em 2009 verificou-se uma tendência que se tem mantido nos últimos anos, a de uma ligeira predominância do

género feminino nas instituições de acolhimento. Apesar de existirem menos rapazes acolhidos, em 2009 estes predominavam nas respostas de acolhimento mais transitório, ou seja, nos Centros de Acolhimento Temporário e em Unidade de Emergência e Casas de Acolhimento de Emergência (PII, 2009). Ainda de acordo como o PII (2009), a maioria das crianças institucionalizadas encontra-se em Lares de Infância e Juventude (67%), num claro predomínio das respostas de acolhimento prolongado, seguindo-se os Centros de Acolhimento Temporário (22%). Atualmente a negligência é o principal motivo de acolhimento institucional (Silva, 2009). Em regra, os jovens que são negligenciados acabam por ser encaminhados para casas de acolhimento temporário, lares de acolhimento de crianças e jovens ou entregues a famílias de acolhimento, ficando a sua tutoria entregue ao cuidado da instituição ou do tribunal (Matos, 2003).

As instituições têm vindo a sofrer alterações, nas últimas décadas, deixando para trás o seu carácter despersonalizado e impessoal, pretendendo oferecer às crianças que estão acolhidas um ambiente de tipo familiar (Santos, 2010). As instituições podem nunca vir a ser melhores do que uma boa família, mas se forem reunidas as condições materiais e relacionais necessárias poderão ser, com frequência, preferíveis a uma vivência num contexto de família natural negligente (Valle & Zurita, 2000, *cit. in* Silva, 2009).

Várias investigações têm demonstrado os efeitos positivos da institucionalização, referindo que as instituições podem constituir contextos de promoção e proteção (Santos, 2010). É de extrema relevância que os adultos que recebem estes jovens estejam capazes de acolher toda a revolta e raiva que é exteriorizada, devolvendo-lhes um meio estável de confiança e privilegiando o estabelecimento de ligações afetivas seguras (Matos, 2003), já que estas crianças apresentam normalmente um padrão de vinculação inseguro (Pinhel, Torres & Maia, 2009). É a qualidade desta relação que irá influenciar o processo de recuperação da criança e/ou jovem (Zegers, Schuengel, Janssens & Ijzendoorn, 2006 *cit. in* Sá, Grilo & Trigo, 2008). Alexandre e Vieira (2004), desenvolveram um estudo que tinha como objetivo identificar a relação de apego entre crianças institucionalizadas. Como mostraram os resultados desse estudo, as crianças tendem a procurar um amigo na instituição que substitua a família, mostrando que essas crianças tentam encontrar outras figuras de apego após a sua separação da família (Alexandre & Vieira, 2004), o que reforça a relevância da ligação entre o cuidador e a criança.

Santos, Ribeiro, Ukita, Pereira, Duarte e Custódio (2010), realizaram um estudo que pretendia comparar as características emocionais e traços de personalidade em crianças institucionalizadas e não institucionalizadas. Os resultados desse estudo sugerem que as crianças institucionalizadas apresentam maior agressividade, sentimento de hostilidade e de inadequação, falta de contacto social, ansiedade, timidez, tristeza, impulsividade e instabilidade emocional. No entanto referem que não se pode afirmar que tais características que diferenciam as crianças institucionalizadas são efeitos apenas da institucionalização, já que a maioria dessas crianças possui um histórico familiar associado à rejeição, ao abandono, à negligência e à vitimização (Santos *et al.*, 2010). Muitos dos problemas de comportamento de crianças institucionalizadas já estavam presentes antes da institucionalização (Siqueira & Dell' Aglio, 2006). Isto aponta para os fatores de risco no ambiente familiar, onde as relações eram marcadamente instáveis, stressantes e conflituosas, mostrando que a separação da família não constitui um fator decisivo para um desenvolvimento desadequado da criança (Siqueira & Dell' Aglio, 2006). Amado e colaboradores (2003 *cit. in* Antunes, 2011) referem que as crianças e os jovens institucionalizados vivem um processo de crescimento comprometido pelo desinvestimento social e familiar, que vai condicionar a aprendizagem de competências pessoais e sociais e, conseqüentemente, a construção da sua própria identidade e o estabelecimento de relações interpessoais estáveis e duradouras.

Os Lares e Centros de Acolhimento Temporários dão atualmente maior atenção às necessidades das crianças e jovens, através da promoção de um plano de intervenção

individual, que englobe várias áreas tais como: o desenvolvimento de competências afetivas e sociais; o desenvolvimento de um programa individualizado adaptado às capacidades e necessidades das crianças; e a frequência de atividades terapêuticas tendo em conta as suas necessidades de desenvolvimento (PII, 2009).

Atualmente, se por um lado se assiste, cada vez mais, a um estimulante investimento no apoio à família visando fortalecê-la na sua capacidade de responsabilidade parental através de abordagens sistémicas para ensaiar e garantir todas as oportunidades de preservação familiar, também é um facto que o recurso à institucionalização se traduz, ainda para muitas crianças e jovens, como a solução mais adequada, ainda que desejavelmente transitória (PII, 2009).

2.1.6. Problemas de comportamento

De acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2002), os problemas de comportamento estão incluídos nas Perturbações Disruptivas do Comportamento. Estas, por sua vez, encontram-se divididas em Perturbação do Comportamento, Perturbação de Oposição e Perturbação Disruptiva do Comportamento sem outra especificação. Na Perturbação do Comportamento, que é a que importa caracterizar, temos como principais características a fraca empatia, a insensibilidade aos sentimentos dos outros, a perceção errada das intenções dos outros, a falta de sentimentos de remorso ou culpa, a baixa autoestima, a intolerância à frustração, a irritabilidade, o temperamento explosivo e a imprudência (APA, 2002).

Bolsoni-Silva, Marturano, Pereira e Manfrinato (2006), definem problemas de comportamento como alterações comportamentais que dificultam o acesso da criança a novas possibilidades de aprendizagem, promotoras do seu desenvolvimento. Dividem ainda estes comportamentos em duas categorias: internalizantes e externalizantes (Bolsoni-Silva et al., 2006). Os comportamentos internalizantes englobam a depressão, a ansiedade e as queixas somáticas, em contraposição, os comportamentos externalizantes são marcados pela impulsividade, pela agressão, pela agitação e pelas características desafiantes e antissociais (Bolsoni-Silva et al., 2006). Normalmente os meninos apresentam mais comportamentos externalizantes, o que contribui para que mais rapazes sejam identificados como tendo problemas de comportamento, e as meninas mais comportamentos internalizantes ou ambos (Bolsoni-Silva et al., 2006).

Problemas de comportamento são, na sua maioria, resultantes da combinação de múltiplos fatores de risco (Sapienza & Pedromônico, 2005). A identificação de como e em que fase do desenvolvimento atuam os mecanismos protetores é fundamental para a organização de intervenções efetivas para a redução de problemas de comportamento (Sapienza & Pedromônico, 2005). Segundo Mash e Wolfe (2002, cit. in Pereira & Matos, 2005), existem muitos fatores associados aos problemas de comportamento das crianças, nomeadamente fatores individuais, familiares, escolares e do grupo de pares. Alguns coocorrem com problemas de comportamento, outros aumentam a sua probabilidade e outros são o seu resultado (Pereira & Matos, 2005).

As habilidades sociais mostram ser importantes na promoção do desenvolvimento e na prevenção de problemas de comportamento, possibilitando uma interação mais positiva entre as crianças e os seus diferentes contextos, como a família, a escola e os amigos (Bolsoni-Silva et al., 2006). Um pobre repertório de habilidades sociais, principalmente em termos de empatia, expressão de sentimentos e resolução de problemas, pode ser a causa das dificuldades interpessoais que envolvem os problemas de comportamento internalizante e externalizante (Cia & Barham, 2009).

O ambiente familiar adequado conjuntamente com bons níveis de competência social e emocional, são uma soma desenvolvimental positiva para a criança (Kelly Buehlman, & Caldwell, 2000 cit. in Vieira, 2009). A forma como os pais educam os seus filhos parece ser crucial para a promoção de comportamentos socialmente adequados, mas para isso é necessário que se comportem maximizando as interações sociais positivas, como por

exemplo, comunicar com os filhos, serem afetivos, serem consistentes e elogiar os comportamentos socialmente habilidosos dos filhos (Bolsoni-Silva & Marturano, 2002). Muitos problemas de comportamento nas crianças estão, direta ou indiretamente, relacionados com o comportamento dos pais (Bolsoni-Silva & Del Prette, 2003). Por exemplo, filhos expostos à violência familiar apresentam frequentemente comportamentos agressivos e, quando são criados em condições negligentes, tornam-se pouco tolerantes à frustração, com pouca motivação para seguirem normas sociais e são relativamente imunes ao remorso (Bolsoni-Silva & Marturano, 2002). Desta forma, pode-se dizer que o ambiente familiar pode tanto promover comportamentos socialmente adequados, como favorecer o surgimento e/ou manutenção de comportamentos inadequados (Bolsoni-Silva & Marturano, 2002). Conger e cols. (1994, *cit. in* Sapienza & Pedromônico, 2005) analisaram a influência da pobreza e da família coercitiva como fatores de risco para o desenvolvimento de problemas de comportamento em adolescentes, e verificaram que esses fatores aumentam o risco de surgirem problemas de comportamento durante a adolescência.

Os problemas escolares são frequentemente associados aos problemas de comportamento de crianças e adolescentes (Sapienza & Pedromônico, 2005). As dificuldades de aprendizagem quase sempre se apresentam associadas a problemas comportamentais e emocionais (Stevanato, Loureiro, Linhares & Marturano, 2003). De modo geral, as crianças com dificuldades de aprendizagem e de comportamento são descritas como menos motivadas para as tarefas escolares que os seus colegas sem dificuldades (Stevanato *et al.*, 2003). Desta forma as dificuldades de aprendizagem e as dificuldades de comportamento podem ser encaradas como duas variáveis bidirecionais, ou seja, são a causa e o efeito simultaneamente, havendo uma coocorrência entre elas (Bolsoni-Silva & Marturano, 2002; Santos & Graminha, 2006). Durante a infância, a desatenção e a hiperatividade têm um papel mais importante no desempenho académico do que a agressividade, no entanto, durante a adolescência, é o comportamento antissocial e a delinquência que aparecem claramente ligados a problemas académicos (Hinshaw, 1992).

Outros eventos stressantes, como a institucionalização e a hospitalização, podem também representar um fator de risco para as desordens emocionais e comportamentais, bem como para os problemas de aprendizagem (Farran & Cooper, 1986; Lewis *et al.*, 1988 *cit. in* Santos & Graminha, 2006).

A dificuldade na exibição de competências sociais também constitui um fator preditivo do desenvolvimento de problemas de aprendizagem, emocionais ou comportamentais sérios (Vieira, 2009). O adolescente em condição emocional instável e/ou psicológica perturbada tem maior tendência para desenvolver comportamentos de risco (Júlio, 2008). Infelizmente, a depressão e a ansiedade ocorrem com maior frequência do que muitas vezes se pensa em crianças com problemas de comportamento (Pereira & Matos, 2005). Tendo em conta todos os aspetos referidos, os programas de intervenção e prevenção nos problemas de comportamento, devem ser efetuados o mais precocemente possível em todos os contextos que podem influenciar a conduta da criança (Pereira & Matos, 2005). Desta forma, poderão ser mais eficazes no combate aos problemas de comportamento, tratando-os com maior facilidade (Webster-Stratton, 1996, *cit. in* Pereira & Matos, 2005).

2.1.7. Intervenção Psicomotora nas Competências Pessoais e Sociais em Crianças

Uma das características básicas do ser humano é a capacidade de estabelecer relações consigo mesmo, com os outros e com o mundo (Gonçalves, 2004).

A Psicomotricidade busca conhecer o corpo nas suas relações múltiplas: percetivas, imaginárias e simbólicas, pretendendo assim, transformá-lo num instrumento de ação sobre o mundo e num instrumento de relação e expressão com os outros (Vieira, Batista

& Lapierre, 2005). Segundo Llinares e Rodríguez (2003), a psicomotricidade é uma forma de conceber a pessoa como um todo, englobando os aspetos motores, cognitivos e socioemocionais, responsáveis pela configuração e compreensão da personalidade. A psicomotricidade subentende então uma conceção holística de aprendizagem, com o corpo vivido e controlado, integrado e orientado no tempo e no espaço, aberto e disponível ao diálogo com os objetos e com o outro, que tem por finalidade associar dinamicamente o ato ao sentimento, ao pensamento e ao gesto, e a palavra e o símbolo ao conceito (Vieira *et al.*, 2005). Assim pressupõe-se que o corpo não é essencialmente cognição, mas também o lugar de toda a sensibilidade, afetividade e emoção (Vieira *et al.*, 2005), que através da psicomotricidade, e da função integradora do controlo corporal, consegue promover a integração social (Gonçalves, 2004). O corpo pode então ser visto como lugar de prazer, de desejo, de frustração e de angústia (Vieira *et al.*, 2005). Um lugar de lembranças de todas as emoções positivas e negativas vividas pela criança na sua relação com os outros (Vieira *et al.*, 2005).

Atualmente, a psicomotricidade é cada vez mais necessária para a promoção de um desenvolvimento adequado nas crianças, tanto em termos preventivos, destacando-se o ambiente escolar como meio frutífero em termos de construção saudável da estrutura de personalidade e consequentemente, de estruturas sociais mais justas e equilibradas, quanto em termos clínicos na busca do ajuste positivo dos distúrbios do desenvolvimento motor, psicossocial e cognitivo (Vieira *et al.*, 2005). De acordo com Llinares e Rodríguez (2003), a principal finalidade da psicomotricidade é o desenvolvimento das competências motoras, cognitivas e socio emocionais através do jogo e do movimento. A atividade lúdica (jogos, brincadeiras, brinquedos), é considerada a principal forma de manifestação da criança que permite o desenvolvimento de vários aspetos sensoriomotores, socioemocionais e cognitivos, (Alves, 2007). De uma forma ou de outra, quando inseridas num momento de brincadeira, as crianças realizam entre si um tipo de interação social que é de suma importância para a formação delas enquanto pessoas (Martins & Szymanski, 2004b). Pode-se concluir que brincar é fundamental para a vida das crianças. Por meio das brincadeiras, elas desenvolvem a sociabilidade e demonstram o afeto que sentem umas pelas outras, expressam sentimentos, revelam o seu interior, e interpretam o mundo que as rodeia (Alexandre & Vieira, 2004).

A criança dá início ao seu processo de socialização na infância, com as primeiras brincadeiras, e perpetua-o durante a adolescência (Matos, 1997). À medida que se desenvolvem, as crianças vão adquirindo vantagens sociais e possibilidades de aprendizagem social, algo bastante importante para o seu desenvolvimento, pois caso falhe o processo de socialização e aquisição das principais competências pessoais e sociais, o futuro desenvolvimento e ajustamento da criança pode ser afetado (Beaucham & Anderson, 2010, *cit. in* Remédios, 2010). Existe uma correlação positiva entre essas lacunas e uma variedade de problemas como: perturbações nos comportamentos dos adolescentes, baixa autoestima, dificuldades escolares, suicídio, problemas conjugais, além dos quadros clínicos como a depressão e a esquizofrenia (Beaucham & Anderson, 2010, *cit. in* Remédios, 2010). Assim se mostra a importância do desenvolvimento de programas que visam promover as competências pessoais e sociais associados à dinâmica da psicomotricidade.

A noção de competência remete para situações nas quais é preciso tomar decisões e resolver problemas, através da compreensão e da avaliação da situação, e da resposta adequada à mesma (Dias, 2008). Desta forma, a tomada de decisão (expressar conflitos, oposições), a mobilização de recursos (afetivos e cognitivos) e o saber agir (saber dizer, saber fazer, saber explicar, saber compreender) são as características principais da competência (Dias, 2008). A competência social traduz-se, pois, numa avaliação de um comportamento social enquanto comportamento adequado (Freitas *et al.*, 2011). O desenvolvimento de competências pessoais e sociais, no indivíduo, abrange todas as vertentes individuais, como a autoestima e o autoconceito; relacionais, através da

promoção de comportamentos assertivos e das relações interpessoais; e emocionais através da gestão de emoções (Freitas *et al.*, 2011).

Em Portugal, existem desenvolvidos diversos programas de promoção de competências pessoais e sociais, que têm como objetivo a aquisição de competências necessárias ao bom desenvolvimento físico, psicológico e social do jovem nomeadamente ao nível da assertividade, capacidade de escuta ativa, relacionamento interpessoal, descentração, entre outras (Remédios, 2010). Estes programas podem ter um objetivo terapêutico, preventivo ou promocional (Matos, 2005), e podem ocorrer em contexto escolar ou em contexto institucional (Remédios, 2010). A maioria das dificuldades de relacionamento interpessoal e problemas de comportamento social advêm de fracos reportórios comportamentais aprendidos ou de dificuldades em utilizar determinadas competências como a assertividade, a regulação emocional, e a resolução de problemas (Remédios, 2010). Jovens com baixo nível de competência exibem reações psicológicas e comportamentais mais intensas e disfuncionais, nas interações do dia-a-dia, do que os jovens com boas competências sociais (Tanaka, Aikawa, & Kosugi, 2002 *cit. in* Remédios, 2010). Dever-se-á desta forma promover o desenvolvimento adaptativo dos jovens, privilegiando a prevenção de comportamentos de risco e promovendo capacidades que lhes permitam um crescimento pessoal e social (Remédios, 2010), para que estes não sejam potenciais alvos de um menor bem-estar psicológico (Remédios, 2010).

Através dos programas de competências pessoais e sociais de intervenção direta sobre o indivíduo e sobre o seu envolvimento relacional (escola e família), é possível capacitar as crianças para enfrentar as vicissitudes da vida, de modo a manterem um desenvolvimento adequado (Matos, 1997).

2.1.8. Envelhecimento

O aumento do número de idosos em Portugal é bastante representativo do que se vive hoje em toda a Europa. A pirâmide etária de Portugal demonstra uma grande queda de fecundidade e um significativo aumento da esperança de vida (Carrilho & Patrício, 2004). Dados do Instituto Nacional de Estatística (2007) demonstram que em 2006 a população jovem correspondia a 15,5% da população total e a população idosa correspondia a 17,3% sendo que 4,1% correspondia à população com 80 anos ou mais. Prevê-se que em 2033 o número de idosos possa ultrapassar os 200 idosos por 100 jovens (INE, 2007).

Segundo Spirduso (1995), o envelhecimento engloba um conjunto de processos que, com o passar do tempo, levam a perdas de adaptabilidade e a alterações funcionais em todos os organismos vivos, culminando na morte dos mesmos. Podemos assim encarar o envelhecimento como um processo biossocial de regressão caracterizada por uma perda acentuada de capacidades ao longo dos anos, devido à influência de fatores genéticos, nutricionais, danos acumulados ao longo da vida e condições de vida (Barreiros, 1999). No entanto, temos de diferenciar entre as alterações que são comuns ao processo de envelhecimento (senescência), das que são causadas por patologias que afetam os idosos havendo alterações não apenas pelo envelhecimento mas também pela doença (senilidade) (Costa *et al.*, 2001, *cit. in* Baptista, Baptista, Ferracini & Tito, 2006).

Ao longo do processo de envelhecimento as pessoas tendem a ser mais heterogêneas no que diz respeito ao funcionamento psicológico, fisiológico e social, não passando todos pelas mesmas transformações no decurso da vida (Aragón, 2007).

O envelhecimento é composto por inúmeras alterações físicas, psicomotoras, cognitivas e socio-afetivas. As alterações físicas consistem no envelhecimento celular que vai atingir todos os tecidos, órgãos e sistemas de modo gradual (Martins, 2003). Ocorrem alterações ao nível do sistema cardiovascular, respiratório, renal e urinário, gastrointestinal, nervoso e sensorial, endócrino e metabólico, imunitário e também ao nível dos ritmos biológicos e sono (Berger & Poirier, 1995, *cit. in* Martins, 2003).

Ocorrem modificações ao nível da percepção e sensibilidade auditiva, da acuidade visual e também algumas restrições a nível do paladar (Aragón, 2007).

As alterações psicomotoras nos idosos consistem numa desorganização do esquema corporal e em dificuldades de reconhecer o próprio corpo. Também ao nível do equilíbrio estático e dinâmico se vão notando algumas alterações, assim como na orientação espacial e temporal (Arroyo, 1995, *cit. in* Aragón, 2007). Existe uma lentidão psicomotora havendo atrasos significativos no planeamento da ação (Barreiros, 1999). Ocorrem alterações na velocidade e sensibilidade dos sistemas sensoriais que vão levar a posturas desviantes afetando o seu equilíbrio (Pereira, 2004).

Existem vários fatores que podem levar a alterações cognitivas. Fatores educacionais, de saúde e de personalidade, assim como o nível intelectual global e capacidades mentais específicas do indivíduo podem contribuir para um declínio gradual das funções cognitivas na senescência (Canineu & Bastos, 2002, *cit. in* Oliveira, Goretti & Pereira, 2006). Consoante o aumento da idade ocorre uma diminuição das funções intelectuais, perda sensorial, diminuição da atenção e motivação, degradação da memória de curto prazo e longo prazo (não tão evidente) e também perda neuronal que pode aumentar o tempo de resposta a estímulos (Camino, 1995, *cit. in* Aragón, 2007).

As principais alterações socio-afetivas estão relacionadas com a acumulação de perdas e separações, com a solidão, o isolamento e a marginalização social (Martins, 2003).

Perante esta realidade, existem cada vez mais idosos abandonados pelas famílias, em instituições que por vezes não possuem a capacidade de satisfazer as necessidades mais básicas de cada um, promovendo assim uma baixa qualidade de vida.

2.1.9. Qualidade de Vida

O conceito qualidade de vida é uma das dimensões da vida humana, que todos os indivíduos desejam ter até à morte (Santos, 2008). A qualidade de vida está dependente do nível sociocultural, da faixa etária e dos objetivos pessoais de cada indivíduo (Pereira, 2010). Segundo a Organização Mundial de Saúde (2005, *cit. in* Pereira, 2010, p.28), a qualidade de vida corresponde “à percepção individual da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais se insere e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (Pereira, 2010).

Para Hortelão (2003, *cit. in* Ferreira, 2009), a qualidade de vida dos idosos relaciona-se com a conjugação entre a ausência de doença, o suporte social e o bom funcionamento físico e cognitivo. Neri (1993, *cit. in* Silva, 2011) afirma que a qualidade de vida nos idosos depende de vários aspetos interativos, não sendo um atributo pessoal, mas sim o resultado de um processo contínuo de mudanças no indivíduo e na unidade sociocultural em que se desenvolve a sua história pessoal. Trata-se portanto de um conceito multidimensional, pois envolve três dimensões (física, psicológica e social), bipolar complexo, porque acarreta dimensões positivas e negativas, e mutável devido à complexidade da sua avaliação (Santos, 2008).

Avaliar a qualidade de vida do idoso implica a análise de múltiplos critérios de natureza biológica, psicológica e social (Santos, 2008), devido à existência de vários elementos determinantes no bem-estar dos idosos, nomeadamente: a longevidade, a saúde biológica, a saúde mental, a satisfação, o controlo cognitivo, a competência social, a produtividade, a eficácia cognitiva, o status social, o suporte económico, a continuidade de papéis familiares e ocupacionais, e a continuidade de relações informais com os amigos (Pereira, 2002, *cit. in* Santos, 2008).

Um estudo feito por Pereira (2010) sobre a percepção do idoso do seu nível de qualidade de vida demonstrou que as razões atribuídas por estes para classificar a sua qualidade de vida tinham por base o domínio físico e psicológico, as relações interpessoais, os recursos financeiros e o nível de dependência. Este estudo demonstrou que os idosos com uma percepção negativa da sua qualidade de vida tendem a transmitir sentimentos negativos, sentindo-se tristes, contribuindo também para tal os baixos recursos

financeiros e a solidão (Pereira, 2010). Por sua vez os idosos com uma percepção positiva da sua qualidade de vida demonstraram que a sua percepção se devia essencialmente à sua saúde física, apesar de a terem relacionado com as relações interpessoais, o domínio psicológico e o nível de independência (Pereira, 2010).

Deste modo podemos verificar que a qualidade de vida envolve várias dimensões, e não apenas a inexistência de doenças. A qualidade de vida envolve, também, aspetos culturais, emocionais e relacionais (Silva, 2011).

Enriquecer a última etapa da vida, introduzindo nela um sentimento de bem-estar e de sentido para a vida dos idosos, é um grande desafio para a sociedade atual que não pode ser descurado ou esquecido (Santos, 2008).

2.1.10. Intervenção Psicomotora nas Competências Pessoais e Sociais em Idosos

A intervenção psicomotora nas pessoas idosas tem como intuito a manutenção ou reabilitação dos fatores psicomotores (tonicidade, equilíbrio, lateralidade, noção do corpo, estruturação espaço-temporal, praxia global e praxia fina) com o objetivo de desenvolver capacidades de adaptação às mudanças corporais e psicossociais, na promoção do reconhecimento de um Eu corporal positivo e no desenvolvimento de estratégias para ultrapassar as suas adaptações (Moraes, 2007). Pretende-se valorizar as capacidades do indivíduo, realçando as suas forças de modo a incentivá-lo a enfrentar algumas limitações físicas e perdas, e a estimular hábitos pessoais de saúde (Margalho, 2005). Isto leva a que o idoso pense nas suas atitudes aumentando as possibilidades de se adaptar às mudanças que vão surgindo ao longo do envelhecimento (Ovando & Couto, 2010).

Segundo Rodríguez (2003) a psicomotricidade pode situar-se em três níveis de intervenção: primária, secundária e terciária. A prevenção primária é feita junto de idosos saudáveis, sendo o principal objetivo evitar possíveis patologias resultantes de défices no processo de envelhecimento (Rodríguez, 2003). A prevenção secundária é uma intervenção reabilitadora junto de idosos que apresentam ligeiros défices cognitivos ou défices na capacidade funcional, tendo como principal objetivo a manutenção de um bom funcionamento da pessoa, mantendo as capacidades preservadas e estimulando as que estão em fase de deterioração (Rodríguez, 2003). Por fim, a prevenção terciária, ou seja, a intervenção quando a pessoa já tem um diagnóstico estabelecido e são evidentes os défices ao nível cognitivo e funcional tem como principal objetivo desenvolver estratégias para superar as dificuldades, de forma a retardar os efeitos da deterioração associada à patologia, promover a autonomia na realização das atividades, mantendo a capacidade funcional e melhorando a qualidade de vida (Rodríguez, 2003).

A psicomotricidade não pode ser encarada como uma solução para o envelhecimento mas um processo preventivo e atenuador das modificações ao nível somático, psíquico e psicomotor, nomeadamente do equilíbrio, do processamento de informação, da organização práxica, da estruturação spatiotemporal e do processo relacional (Pereira, 2004). O Psicomotricista representa o aspeto relacional e securizador, levando a uma maior vivência das experiências propostas nas sessões de psicomotricidade, assim como a um aumento da motivação para levar o idoso a investir no seu mundo interno e externo (Pereira, 2004). O trabalho pode ser realizado individualmente ou em grupo, sabendo-se que em grupo, cria um meio favorável, no qual as pessoas não só se identificam entre si, como também passam a sentir-se parte de um todo, no qual são aceites, estabelecendo relações interpessoais a partir dessa convivência (Margalho, 2005).

A capacidade de interagir socialmente é fundamental para o idoso, já que lhe permite conquistar e manter as redes de apoio social e garantir maior qualidade de vida (Carneiro & Falcone, 2004; Carneiro, Falcone, Clark, Del Prette & Del Prette, 2007). Os programas de treino de competências pessoais e sociais são uma forma de aumentar essas conquistas tão importantes na vida dos idosos (Carneiro & Falcone, 2004). Quando não se observam interações sociais positivas na vida dos idosos, estes tendem a

responder socialmente de forma negativa, sendo que o seu bem-estar psicológico também será afetado (Segrin & Taylor, 2007).

Os resultados de um estudo realizado por Carneiro e Falcone (2004), que pretendia identificar as situações sociais nas quais os idosos apresentam habilidades sociais ou dificuldades, mostram que os idosos possuem uma variedade de habilidades sociais, fulcrais para a manutenção de interações sociais positivas, como: iniciar e encerrar conversação; fazer pedidos quando não há conflito de interesses; fazer e receber elogios; cumprimentar as pessoas; expressar opiniões pessoais; expressar sentimentos positivos; e fazer perguntas. Este estudo mostrou ainda que os idosos conseguem responder de forma habilidosa a situações sociais adversas, o que aumenta a noção de autoeficácia no idoso e, conseqüentemente, a qualidade de vida (Carneiro & Falcone, 2004). Esta noção de autoeficácia é bastante importante pois atua como um mediador na manutenção e na promoção da memória, saúde física, funcionalidade e bem-estar subjetivo nos idosos (Neri, 2006 *cit. in* Couto, 2010). No entanto, existem outras situações em que os idosos não conseguem responder adequadamente, principalmente quando se observam conflito de interesses (Carneiro & Falcone, 2004). A incapacidade dos idosos em responder a estas situações, gera frustração e, conseqüentemente, influencia a autoestima dos idosos (Carneiro & Falcone, 2004).

Estes dados sustentam a importância dos relacionamentos sociais para o bem-estar físico e mental na 3ª idade (Capitanini, 2000, *cit. in* Carneiro *et al.*, 2007) e, conseqüentemente, para uma vida com qualidade.

2.2. Enquadramento Institucional

2.2.1. Casa da Fonte

A Casa da Fonte, atualmente gerida pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (Decreto-Lei nº16/2011), é um estabelecimento integrado da Segurança Social e encontra-se tutelada pelo Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social de Lisboa (CDSSSL), funcionando em regime de internato, 24 horas por dia. Os estabelecimentos integrados são estabelecimentos de ação social que prestam apoio a diferentes populações, mais concretamente à infância, juventude, reabilitação, idosos e família (ISS, 2009).

A Casa da Fonte é uma unidade de acolhimento de emergência para crianças e jovens em situação de risco social, com idades compreendidas entre os 0 e os 12 anos, provenientes da sinalização efetuada pela Equipa de Acolhimento de Emergência do ISS.IOP-CDL. Foi fundada em 2000, e após ter estado sediada primeiramente em Camarate e depois no Estoril, encontra-se atualmente em Oeiras sob a direção do Dr.º António Santinha (Regulamento Interno Casa da Fonte, n.d.).

Esta tem como objetivos gerais, a integração dos menores na comunidade local, acionando deste modo respostas educativas e de saúde adequadas a cada criança, o acompanhamento do desenvolvimento das crianças através de um apoio individualizado, de forma a planear e executar um projeto de vida para a criança acolhida explorando todas as respostas e encaminhamentos possíveis (Regulamento interno Casa da Fonte, n.d.).

Com uma lotação de 20 crianças, a Casa da Fonte encontra-se frequentemente em sobrelotação, como nos mostra o gráfico 1, o que provoca constrangimentos no funcionamento da Casa (Dados fornecidos pela Casa da Fonte, 2012).

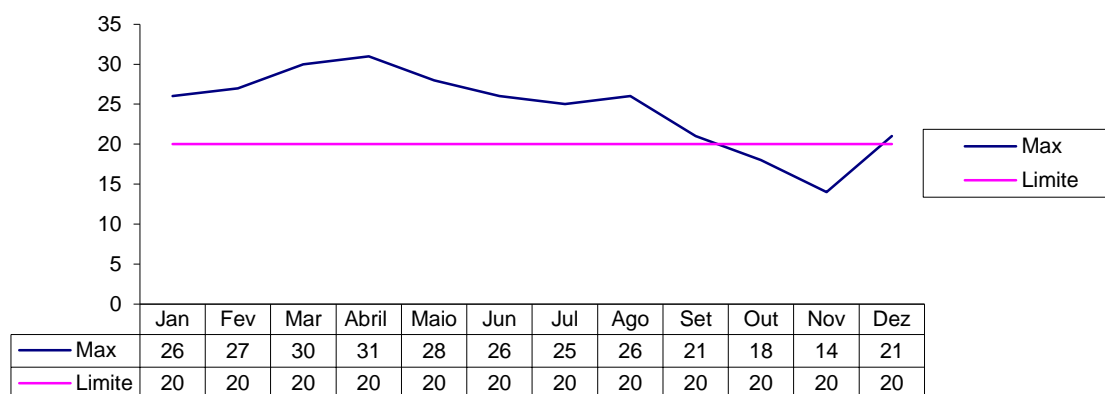


Gráfico 1: Número de crianças em Acolhimento na Casa da Fonte em 2011

Segundo o artigo 50.º da Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro, o tempo de permanência em casa de acolhimento temporário não deverá exceder os seis meses. No ano 2011 o tempo médio de permanência na Casa da Fonte foi de 95 dias (dados cedidos pela Casa da Fonte, 2012).

Para que o serviço prestado pela Casa da Fonte seja o mais eficiente possível, apesar das limitações referidas anteriormente, a Casa conta com uma equipa constituída por 1 diretor, 2 psicólogos, 6 educadores, 4 auxiliares de ação sócio educativa, 1 administrativo especialista, 1 auxiliar de serviços gerais, 1 auxiliar de ação direta e 1 motorista (Regulamento Interno Casa da Fonte, n.d.).

Para além da parceria que a Casa da Fonte tem com a Faculdade de Motricidade Humana, sendo esta que permite a existência deste estágio no âmbito da promoção das competências sociais e pessoais, a Casa da Fonte tem outras parcerias e protocolos em vigor, nomeadamente com o Centro Infantil da Parede, o Centro Social e Paroquial de Oeiras, o Centro de Saúde de Oeiras (ACES Oeiras), a Clínica do Tagus Parque, o serviço de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar de Lisboa Oriental – São Francisco Xavier, a Junta de Freguesia de Oeiras e São Julião da Barra, a Câmara Municipal de Oeiras, com os agrupamentos de escolas Julião da Barra e Joaquim de Barros, as escolas profissionais de Alcoitão e Vale do Rio, a Associação Desportiva de Oeiras e o Clube de Natação de Paço de Arcos. Para além destas parcerias a Casa da Fonte está também articulada em regime de voluntariado com o banco de voluntariado de Oeiras, o Programa Tempo Jovem da CM de Oeiras, a Pastelaria Queques da Linha, o *Rotary Club* e a Associação Proatlântico e Orquestra de Ideias (Regulamento Interno Casa da Fonte, n.d.).

2.2.2. Junta de Freguesia de São Francisco Xavier

A Junta de Freguesia de São Francisco Xavier situa-se entre o rio Tejo e a encosta da Mata de Monsanto integrando uma área de 2,10 Km² (Junta de Freguesia de São Francisco Xavier, s.d.). Segundo os Censos de 2011 a Freguesia tem uma população de 8.020 residentes (INE, 2011). A Freguesia de São Francisco Xavier é uma das 53 Freguesias da Câmara Municipal de Lisboa, que tem sob tutela zonas como o Restelo e Caselas. São nestas localidades que decorre o estágio, mais precisamente nas escolas E.B.1 d'Os Moinhos do Restelo e E.B.1 de Caselas, e no Centro de Dia de São Francisco Xavier.

Esta Junta disponibiliza ainda vários serviços e recursos, nomeadamente ao nível da Educação, Saúde, Social, Religioso, Militar, Cultural e Desportivo (Junta de Freguesia de São Francisco Xavier, n.d.).

Durante o estágio, o trabalho realizado na Junta dividiu-se por duas atividades, a “Afetos na Escola”, coordenada sobretudo pelas psicólogas da Junta, e a Psicomotricidade na escola promovida essencialmente pelas estagiárias.

As atividades “Afetos na Escola” e Psicomotricidade na escola estão inseridas no Projeto “Juntos a Crescer” do Programa *Intervir*. Importante salientar que a atividade Psicomotricidade na escola resulta de uma parceria entre o Gabinete de Aconselhamento da Junta de São Francisco Xavier e o Núcleo de Estágio da Faculdade de Motricidade Humana.

A atividade “Afetos na Escola”, surgiu no ano letivo 2000/2001 e insere-se no Programa *Intervir* da Câmara Municipal de Lisboa (CML) que tem como objetivo a promoção, através de diferentes meios, de projetos de prevenção. Este programa intervém prioritariamente em grupos ou em contextos com maior vulnerabilidade relativamente a situações e comportamentos de risco (prevenção seletiva), assim como, junto da população em geral (prevenção universal). Esta atividade decorreu em escolas do 1º ciclo da Freguesia de São Francisco Xavier, com o objetivo de promover e fortalecer as capacidades de relacionamento e comunicação desta faixa etária. Pretende também promover a preparação dos alunos que transitam do 4º ano para o 5º ano (Junta de Freguesia de São Francisco Xavier, n.d.).

A atividade “Afetos na Escola” realizou-se semanalmente em contexto de sala de aula, contando com o apoio da professora, através de jogos e outras atividades que promovem competências como a atenção, a comunicação verbal e não-verbal e as capacidades de relacionamento, tendo a duração média de uma hora.

A atividade Psicomotricidade na escola foi iniciada pelas estagiárias da licenciatura em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana, no ano letivo 2007/2008, e apenas esteve interrompida no ano letivo de 2009/2010. Esta encontra-se inserida no núcleo de Apoio de Psicologia da Junta de Freguesia de São Francisco Xavier e é atualmente realizada pelas estagiárias de 2º ciclo em Reabilitação Psicomotora. A Psicomotricidade na escola realiza-se nas escolas E.B.1 d’Os Moinhos do Restelo e E.B.1 de Caselas, através de sessões semanais com a duração de 45 minutos. A atividade Psicomotricidade na escola foca a sua intervenção, através de uma metodologia de grupo e de mediatização corporal, em objetivos específicos como: a promoção de competências de comunicação verbal e não-verbal; a promoção da identificação e resolução de problemas; a promoção da assertividade e estratégias alternativas à agressividade; a promoção de uma relação positiva entre os pares; a estimulação do uso de capacidades como a interajuda, a coesão, a partilha e a cooperação; a promoção da integração do esquema corporal; a promoção da autorregulação e autonomia; a diminuição do excesso de atividade motora; a promoção da melhoria da capacidade de concentração e da atenção; a manutenção e generalização dos conhecimentos adquiridos para situações práticas do quotidiano e a melhoria do processo de adaptação e integração no meio escolar.

2.2.3. Centro de Dia São Francisco Xavier

O Centro de Dia São Francisco Xavier (CDSFX), é um projeto conjunto da Junta de Freguesia de São Francisco Xavier e da Cruz Vermelha Portuguesa, Delegação de Lisboa, e está situado no Bairro de Caselas, em instalações da Junta de Freguesia. Apresenta duas valências, a de Centro de Dia e o Serviço de Apoio Domiciliário.

É dirigido pela Dr.ª Paula Abreu e conta com uma vasta equipa de apoio aos idosos, para além do grande número de voluntários que são essenciais para a qualidade dos serviços prestados.

As sinalizações dos utentes, para o Centro de Dia, são efetuadas pelos familiares ou por entidades responsáveis, como a Polícia e os Hospitais, sempre que se verifique algum desajustamento psicológico ou físico no idoso. Após a sinalização, são então avaliadas as condições de vida do idoso e, caso se verifique ser necessária a intervenção, será

elaborado o Plano de Desenvolvimento Individual, que visa a promoção da autonomia e qualidade de vida do utente.

Os utentes deste Centro são na sua maioria mulheres com idades compreendidas entre os 56 e os 86 anos de idade. Os homens, que estão em minoria, apresentam idades compreendidas entre os 66 e os 91 anos de idade. O CDSFX, funciona todos os dias úteis das 9.30h às 17h, e tem capacidade para receber 30 utentes. A lotação do Centro esteve sempre perto do seu limite, ou mesmo no limite, durante o período de Novembro de 2011 a Maio de 2012, como nos mostra o gráfico 2.

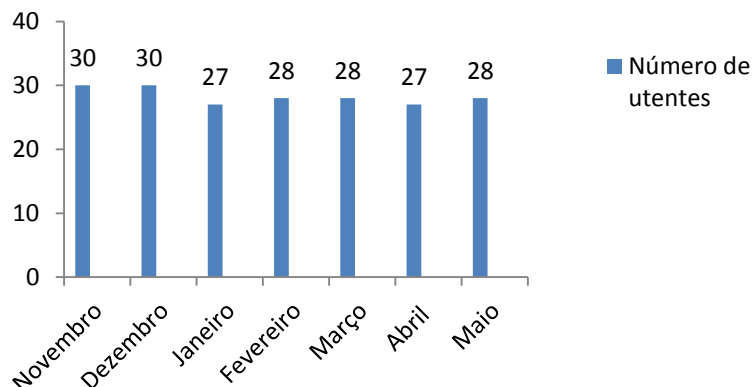


Gráfico 2: Lotação do Centro de Dia no período de Novembro de 2011 até Maio de 2012

No CDSFX são desenvolvidas atividades de carácter recreativo, cultural e artístico, como os passeios e as visitas culturais, os festejos tradicionais, a ginástica, o atelier de artesanato, entre outras. Muitas destas atividades ocorrem numa das 3 salas disponibilizadas pelo Centro, como a sala de convívio que conta com alguns materiais como revistas e jogos, e a sala de refeição, onde ocorreram as sessões de Psicomotricidade.

A Psicomotricidade no CDSFX, teve início no ano letivo 2011/2012, através da colaboração da Junta de Freguesia de São Francisco Xavier com a Faculdade de Motricidade Humana. Após a apresentação de uma proposta por parte da orientadora às estagiárias de 2º ciclo de Reabilitação Psicomotora, foi possível a realização e implementação do projeto “Psicomotricidade no Centro de Dia” (projeto em anexo), com o intuito de promover as competências pessoais e sociais em idosos.

2.3. Enquadramento Legal

2.3.1. Casa da Fonte

No âmbito do estágio, mais precisamente focando a intervenção a nível institucional, será relevante apresentar alguns dos artigos do Decreto-Lei nº16/2011 de 25 de Janeiro, que define o regime legal da cedência dos estabelecimentos integrados do Instituto de Segurança Social à Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, e na Lei nº147/99 de 1 de Setembro, lei que tutela a proteção de crianças e jovens em perigo.

Assim, de acordo com o artigo 1º, o Decreto-Lei nº16/2011 define o regime legal da cedência de estabelecimentos integrados do Instituto da Segurança Social, I.P. (ISS, I.P.), à Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML). Esta cedência terá um carácter temporário, por um prazo de três anos, mas poderá ser sucessivamente renovada por iguais períodos (nº1 e nº2 do artigo 3º). No que se refere ao sistema de acolhimento de emergência (nº1 e nº2 do artigo 8º), os estabelecimentos abrangidos por este regime, ou que venham a ser abrangidos por ele, mantém a competência para a gestão global e integrada das vagas existentes, seguindo a política nacional de enquadramento e desenvolvimento definido para o sistema geral de proteção de crianças e jovens.

Este regime legal da cedência de estabelecimentos, provém da implementação de um novo quadro de gestão introduzido pelo Orçamento do Estado para 2011, e visa dar continuidade à aposta na qualidade e acessibilidade dos serviços às populações, apoiando e viabilizando novos caminhos quanto ao desenvolvimento da rede de equipamentos sociais em parceria público-social. Permite assim uma melhor coordenação de entidades públicas e sociais para o desenvolvimento da rede de equipamentos sociais.

Sendo a Casa da Fonte um Centro de Acolhimento Temporário, torna-se importante referir alguns artigos presentes na Lei nº 147/99 de 1 de Setembro que tem por objetivo a promoção dos direitos e a proteção das crianças e dos jovens em perigo, por forma a garantir o seu bem-estar e desenvolvimento integral (artigo 1º). Para este efeito considera-se criança ou jovem, qualquer pessoa com menos de 18 anos ou pessoa com menos de 21 anos que solicite a continuação da intervenção iniciada antes de atingir os 18 anos (artigo 5ºa), e considera-se situação de urgência a situação que represente perigo atual ou eminente para a vida ou integridade física da criança ou do jovem (artigo 5ºc).

Assim, de acordo com o nº1 do artigo 3º, considera-se pertinente a intervenção quando os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto, ponham em perigo a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento, ou quando esse perigo seja o resultado da ação ou omissão de terceiros ou da própria criança ou do jovem a que aqueles não se oponham de modo adequado a removê-lo. Considera-se que a criança ou o jovem se encontra em perigo quando está abandonada ou vive entregue a si própria, se sofre maus tratos, físicos e/ou psicológicos ou é vítima de abusos sexuais, se não recebe os cuidados ou a afeição adequados, se é obrigada a atividades ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento, quando está sujeita, direta ou indiretamente, a comportamentos que afetem gravemente a sua segurança ou equilíbrio emocional e quando adota comportamentos que afetem gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, representante legal ou quem tenha a guarda de facto, se oponha de modo adequado a mudar a situação (nº2 do artigo 3º).

A promoção dos direitos e a proteção da criança e do jovem, quando exposto às situações anteriormente descritas, é da responsabilidade das entidades com competência em matéria de infância e juventude, das comissões de proteção de crianças e jovens e dos tribunais (artigo 6º).

As medidas tomadas por estas entidades visam afastar o perigo em que as crianças ou jovens se encontrem, proporcionando-lhes condições essenciais para a promoção da sua segurança, saúde, formação, educação, bem-estar e desenvolvimento integral, garantindo desta forma a recuperação física e psicológica das crianças e jovens vítimas de qualquer forma de exploração ou abuso (artigo 34º). Estas medidas podem ser executadas de várias formas, mas a que importa referir é a medida de colocação que consiste no acolhimento em instituição (artigo 35º). Este acolhimento comporta a colocação da criança ou jovem aos cuidados de uma entidade que disponha de instalações e equipamento de acolhimento permanente e de uma equipa técnica que lhes garantam os cuidados adequados às suas necessidades e lhes proporcionem condições que permitam a sua educação, bem-estar e desenvolvimento integral (artigo 49º).

O acolhimento pode ter uma duração variável, no entanto se ultrapassar os seis meses de acolhimento temporário, e não existirem quaisquer razões para exceder esse limite, as crianças ou jovens são encaminhadas para um lar de infância e juventude (artigo 50º).

As instituições de acolhimento funcionam em regime aberto e são organizadas de forma a favorecerem uma relação afetiva do tipo familiar, uma vida diária personalizada e a integração na comunidade. O regime aberto implica a livre entrada e saída da criança e do jovem, de acordo com as normas gerais de funcionamento, desde que estejam resguardadas as suas necessidades educativas e a proteção dos seus direitos e

interesses. Estas podem ainda receber as visitas dos pais, representante legal ou quem tenha a guarda de facto, desde que sejam cumpridas as regras de funcionamento da instituição (nº1, nº2 e nº3 do artigo 53º).

Por vezes sucede que os detentores do poder paternal, ou quem tem a guarda de facto, se oponham à retirada da criança ou jovem que esteja em perigo atual ou iminente, o que leva a que sejam tomadas medidas adequadas, pelas comissões de proteção, para promover a proteção imediata da criança ou do jovem, solicitando-se a intervenção dos tribunais ou das entidades policiais (nº1 do artigo 91º).

2.3.2. Junta de Freguesia de São Francisco Xavier

O Programa Intervir, que engloba as atividades “Afetos na Escola” e Psicomotricidade na escola, é promovido pela Câmara Municipal de Lisboa/Direção Municipal de Habitação e Desenvolvimento Social/ Departamento de Desenvolvimento Social (CML/DMHDS/DDS), e segue as normas regulamentares que definem os princípios, regras e procedimentos a adotar (artigo 1º).

Este programa tem como objetivo geral a promoção de competências pessoais e sociais, com especial enfoque em atividades que abordem comportamentos como o *bullying*, a delinquência juvenil, os comportamentos de risco na saúde sexual e reprodutiva, a obesidade, o consumo de substâncias psicoativas e a violência no namoro (artigo 2º).

Este tem como grupos-alvo as crianças e jovens, os pais/encarregados de educação, os professores e pessoal não docente, os profissionais de saúde e os técnicos que trabalham na área da intervenção social (artigo 4º), adotando diferentes ações de acordo com o grupo-alvo a que se destinam as atividades do Programa Intervir (nº2 do artigo 6º). É da responsabilidade das Juntas de Freguesia selecionadas a decisão sobre a localização e as atividades a realizar, assim como a contratação do Coordenador e da restante equipa técnica (artigo 11º), que irá acompanhar o desenvolvimento do Programa Intervir e responsabilizar-se pela concretização do mesmo (nº2 do artigo 12º).

2.3.3. Centro de Dia São Francisco Xavier

O Centro de Dia São Francisco Xavier, sendo um projeto conjunto da Junta de Freguesia de São Francisco Xavier e da Cruz Vermelha Portuguesa – Delegação de Lisboa, tem como base legal o Decreto-Lei nº281/2007, que aprova o regime jurídico da Cruz Vermelha Portuguesa e os respetivos estatutos (artigo 1º), e um regulamento interno.

Segundo o artigo 1º do regulamento, os Centros de Dia são estruturas abertas à comunidade que integram um conjunto de serviços e atividades, que permitem às pessoas idosas manterem-se no seu meio familiar e social, devendo ser polivalentes nos seus serviços coletivos de manutenção para a comunidade.

Os objetivos do Centro de Dia, segundo o artigo 2º do regulamento, são proporcionar um conjunto de atividades e serviços que permitem prevenir e retardar os efeitos do envelhecimento, com vista à manutenção da autonomia e à melhoria da qualidade de vida, através da prestação de serviços que satisfaçam as necessidades básicas, da promoção de atividades de natureza recreativa, cultural ou artística, da promoção do intercâmbio de gerações e da informação e difusão à comunidade sobre o âmbito da atuação, para além da promoção do combate ao isolamento social.

O Centro de Dia terá que assegurar ainda a prestação de serviços como a alimentação, os cuidados de higiene, o tratamento de roupas, a assistência medicamentosa, o apoio psicossocial, o acompanhamento nas deslocações ao exterior e o transporte dos utentes, para além da promoção de atividades lúdicas e de âmbito sociocultural (norma IV do regulamento)

Este Centro tem como princípios fundamentais a humanidade, a imparcialidade, a neutralidade, a independência, o voluntariado, a unidade e a universalidade (artigo 4º).

3. Realização da Prática Profissional

De forma a garantir a confidencialidade dos dados, os nomes das crianças e dos utentes serão codificados através de siglas (e.g. T., To., Id.).

3.1. Caraterização da População

3.1.1. Casa da Fonte

A Casa da Fonte é uma Casa de Acolhimento de Emergência, o que pressupõe desde logo uma constante entrada e saída de crianças na Casa. Assim sendo, verificou-se durante a intervenção diversas variações na constituição do grupo.

O grupo foi constituído pela equipa técnica da Casa da Fonte, tendo em conta pré-requisitos como a idade das crianças, que teria que estar compreendida entre os 5 e os 13 anos, e a dimensão do grupo, que não deveria ultrapassar os 10 elementos. A dimensão do grupo sofreu algumas flutuações ao longo do tempo, como podemos verificar no gráfico 3, onde o mínimo de crianças presentes foi de 3 (sessão 27) e o máximo foi de 9 (sessões 4 e 5). A média de crianças presentes por sessão foi de 7.

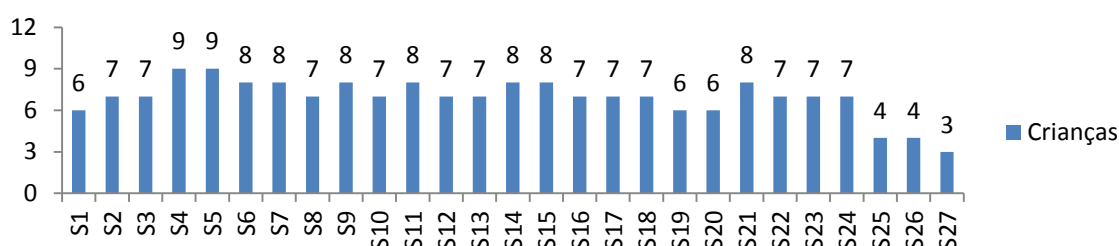


Gráfico 3: Número de crianças presentes em cada sessão

Durante o período de intervenção, contámos com a presença de 18 crianças, 6 do género feminino e 12 do género masculino. Destas 18 crianças, nenhuma esteve presente em todas as sessões realizadas, ou seja nas 27 sessões, como é possível verificar no gráfico 4.

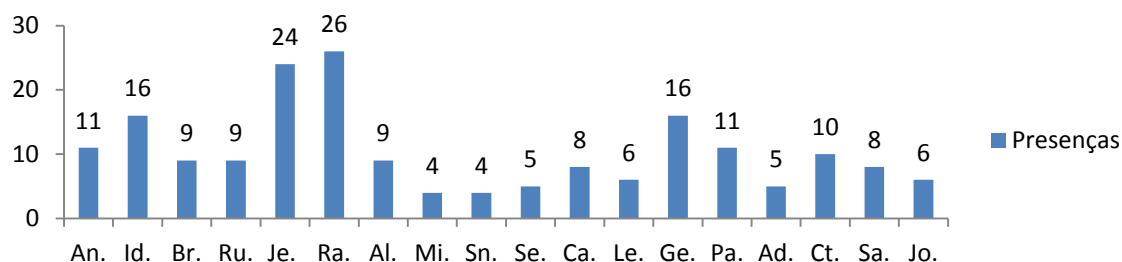


Gráfico 4: Número de sessões em que cada criança esteve presente

3.1.2. Psicomotricidade na Escola

Na Junta de Freguesia de São Francisco Xavier foram constituídos 4 grupos para a atividade Psicomotricidade na escola, sendo que três eram da escola E.B.1 d'Os Moinhos do Restelo e um da escola E.B.1 de Caselas. De forma a selecionar as crianças que iriam participar nesta atividade, foi pedido aos professores que preenchessem o *Strengths and Difficulties Questionnaire - SDQ* (Goodman, 1998; traduzido e adaptado por Fleitlich, Loureiro, Fonseca, & Gaspar, 2000) para as crianças, no máximo de 5 por turma devido ao limite de crianças por grupo, que apresentassem três das seguintes características: comportamentos inadequados ao contexto; dificuldades de concentração; dificuldades de

relacionamento com os pares; dificuldades de relacionamento com figuras de autoridade; impulsividade; hiperatividade; agressividade e dificuldades no controlo das emoções.

Através deste questionário foram referenciadas 48 crianças no total, sendo três da escola E.B.1 de Caselas, todas do 3º ano, e 38 da escola E.B.1 d'Os Moinhos do Restelo (11 do 1º ano, 8 do 2º ano, 16 do 3º ano e 5 do 4º ano). Devido ao grande número de crianças referenciadas na escola E.B.1 d'Os Moinhos do Restelo tivemos que criar uma linha de corte, ou seja, apenas seriam selecionadas as crianças que apresentassem uma Pontuação Total de Dificuldades igual ou superior a 15 pontos, ou seja, seriam selecionadas as que apresentassem valores de nível limítrofe ou anormal. Desta forma, conseguimos reduzir o número para 34 crianças sendo que dessas, apenas 24 foram autorizadas pelos encarregados de educação a participar nas sessões de Psicomotricidade.

Essas 24 crianças foram divididas em três grupos, na escola E.B.1 d'Os Moinhos do Restelo, tendo em conta a idade, a escolaridade, a disponibilidade horária apresentada pelas professoras e a dimensão máxima de 10 crianças por grupo. O grupo 1 foi constituído por nove crianças de 1º ano (3 raparigas e 6 rapazes), com idade mínima de 6 anos e máxima de 7 anos, o grupo 2 foi constituído por oito crianças de 3º ano e uma de 4º ano (1 rapariga e 8 rapazes), com idade mínima de 8 anos e máxima de 10 anos, o grupo 3 foi formado por três crianças de 2º ano e três de 3º ano (6 rapazes) apresentando uma idade mínima de 7 anos e máxima de 10 anos.

Na escola E.B.1 de Caselas, como foram apenas referenciadas três crianças, não foi necessário fazer uma seleção, ficando assim constituído o nosso grupo 4 pelos três rapazes do 3º ano, que apresentaram uma idade mínima de 8 anos e máxima de 10 anos.

A média de idades das crianças de cada grupo encontra-se apresentada no gráfico 5

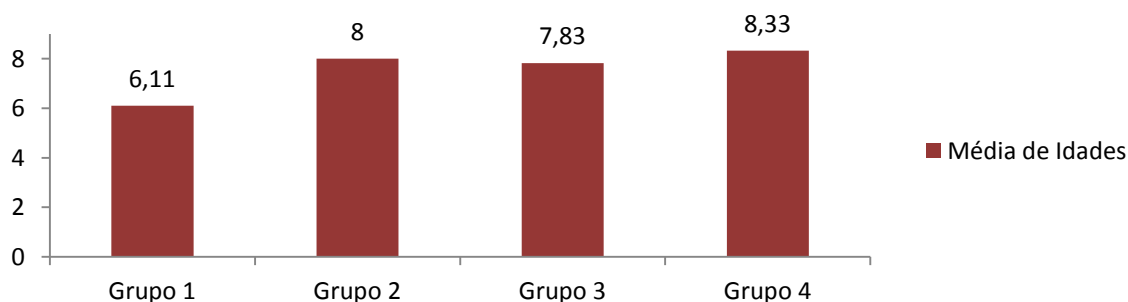


Gráfico 5: Média de idades inicial dos grupos de Psicomotricidade na escola

Como se pode verificar, o grupo que apresenta uma maior média de idades é o grupo 4, enquanto que o grupo 1 é o que apresenta uma menor média de idades. Isto é facilmente explicável pela simples razão que o grupo 1 é constituído apenas por crianças do 1º ano enquanto o grupo 4 é constituído por crianças do 3º ano, sendo este também um grupo menor, só tem três elementos, em comparação aos 9 elementos do grupo 1.

3.1.3. Centro de Dia São Francisco Xavier (CDSFX)

O grupo no CDSFX foi desde o início um grupo aberto, ou seja, nunca foi imposto nenhum número limite de utentes nem foram sugeridos utentes para integrarem o grupo. A participação dependia da motivação dos utentes e da sua presença no CDSFX no dia/hora da sessão. Dai a flutuação do número de utentes em cada sessão, como nos mostra o gráfico 6.

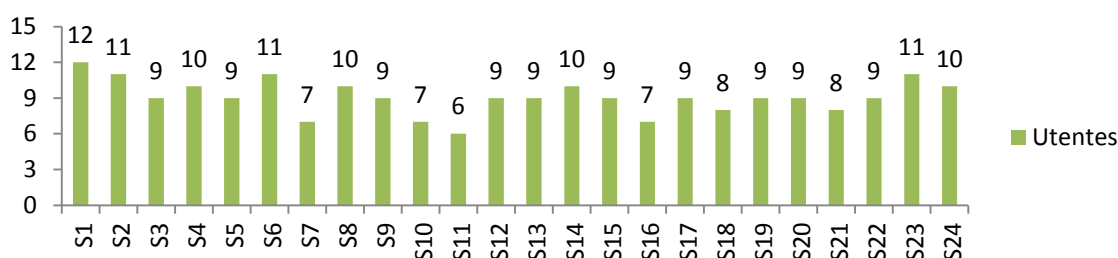


Gráfico 6: Número de utentes presentes em cada sessão

O número de utentes em cada sessão variou entre 12 e 6, sendo que o número médio de presenças foi de 9 utentes. As 24 sessões realizadas abrangeram um total de 18 utentes, 3 do género masculino e 15 do género feminino, com uma média de idades de 76 anos. Durante a intervenção, e dos 18 utentes que participaram, apenas um esteve presente em todas as sessões de Psicomotricidade, como é possível verificar no gráfico 7.

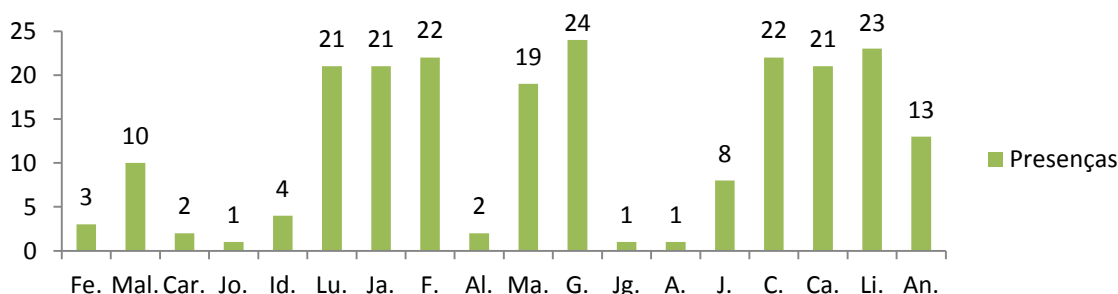


Gráfico 7: Número de sessões em que cada utente esteve presente

3.2. Avaliação

Neste ponto serão apresentados os diferentes instrumentos de avaliação usados nos três contextos de intervenção, mais concretamente, o SDQ, a ficha de avaliação da sessão e a ficha da avaliação do impacto do programa, utilizados na Casa da Fonte e na Psicomotricidade na escola, e o protocolo de avaliação utilizado na CDSFX.

3.2.1. Instrumentos de avaliação

Strenghts and Difficulties Questionnaire - SDQ (Goodman, 1998; traduzido e adaptado por Fleitlich, Loureiro, Fonseca, & Gaspar, 2000)

O SDQ é um questionário constituído por 25 itens, divididos em 5 subescalas - comportamento pró-social, hiperatividade, problemas emocionais, problemas de comportamento e problemas de relacionamento com os colegas – cada uma com 5 itens. Existem 3 versões deste questionário, duas delas dirigidas aos pais e professores de crianças com idades entre os 4 e os 16 anos, e uma outra de autopreenchimento para crianças dos 11 aos 17 anos.

A resposta a cada item realiza-se através de uma escala de likert de 3 pontos, na qual 0 corresponde a “não é verdade”, 1 corresponde a “é um pouco verdade” e 2 corresponde a “é muito verdade”. A soma de cada subescala permite a classificar o desenvolvimento da criança em três níveis: normal, limítrofe ou anormal. Este questionário apresenta ainda 5 perguntas relacionadas com o impacto das dificuldades na vida da criança e uma pergunta de resposta aberta para descrição de situações ou preocupações consideradas relevantes.

Ficha de Avaliação da Sessão (adaptada por Cardoso & Matias, 2011)

A ficha de Avaliação da Sessão, que tem um total de seis questões de resposta fechada, foi preenchida no final de todas as sessões na Casa da Fonte permitindo a recolha de informação sobre o nível de satisfação das crianças com as atividades desenvolvidas na sessão e a perceção destas acerca das competências trabalhadas. Para além destas informações, era possível ter o registo de como as crianças se sentiam no início e no fim da sessão.

Ficha de Avaliação do Impacto do Programa (Aventura Social, 2009, adaptada por Cardoso & Matias, 2011)

A ficha de avaliação do impacto do programa tem como finalidade a recolha de informação sobre as sessões, a sua utilidade e interesse, as atividades mais apreciadas, as competências adquiridas, as evoluções percebidas e a motivação para voltarem a frequentar as mesmas ou indicá-las a um amigo. Esta ficha é composta por cinco questões de resposta fechada (e.g. achas que as sessões foram: giras e úteis, nem giras nem úteis, giras mas não úteis ou úteis mas não giras) e duas questões de resposta aberta (e.g. se tivesses um amigo para frequentar estas sessões dizias-lhe para vir e porquê).

Protocolo de Avaliação para os Idosos (adaptado por Cardoso & Matias, 2011)

Para que a avaliação dos idosos fosse o mais diversificada possível, foi elaborado um protocolo que teve como base 5 instrumentos de avaliação, o “*Elderly Assessment System (EASYCare)*” (SCOPE, 1998), o “*Mini Mental State Examination (MMSE)*” (Folstein, Folstein & McHugh, 1975), o “*World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHODAS II)*” (WHO, 2001), o “*Examen Géroto Psychomoteur (EGP)*” (Michel, Soppelsa & Albaret, 2011) e o “*World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF)*” (WHOQOL Group, 1998).

Este protocolo é constituído por duas partes: uma de autopreenchimento e outra de avaliação qualitativa dos aspetos motores.

Através do autopreenchimento do protocolo obtém-se informações sobre os dados pessoais e sobre oito domínios: orientação, saúde mental e bem-estar, retenção e evocação, compreensão e comunicação, autocuidado, relações interpessoais, domínio psicológico e domínio físico. Cada domínio é constituído por um número variável de questões, sendo que as respostas são dadas através de uma escala de likert de 1 a 5, à exceção do domínio da retenção e evocação que consiste na repetição e evocação de 3 palavras e é cotado pelo avaliador.

Na avaliação da componente motora são observados aspetos como o equilíbrio estático e dinâmico, a motricidade fina, a noção corporal e a estruturação rítmica.

Para além destas duas partes, no final, é avaliado e cotado o nível de vigília que o utente demonstrou durante toda a avaliação.

3.2.2. Outros instrumentos

Para além dos instrumentos de avaliação utilizados, no início da intervenção na Casa da Fonte foram entregues trabalhos de casa no final das sessões, que visavam motivar as crianças para as sessões, reforçando os conteúdos dados nas mesmas. Esses trabalhos eram realizados durante a semana, com o auxílio da educadora para os mais novos, e eram apresentados na sessão seguinte durante o diálogo inicial. Através dos trabalhos de casa, foi também possível verificar se os objetivos abordados durante as sessões estavam a ser cumpridos, servindo estes de complemento à ficha de avaliação da sessão.

3.3. Condições de avaliação

3.3.1. Casa da Fonte

Na avaliação das crianças da Casa da Fonte foram utilizados três instrumentos: o *Strenghts and Difficulties Questionnaire* – SDQ (Goodman, 1998; traduzido e adaptado por Fleitlich, Loureiro, Fonseca, & Gaspar, 2000) preenchido pelas crianças, pelos educadores e pelos auxiliares; a Ficha de Avaliação da Sessão (adaptado por Cardoso & Matias, 2011) preenchida pelas crianças; e a Ficha de Avaliação do Impacto do Programa (Aventura Social, 2009, adaptada por Cardoso & Matias, 2011) também preenchida pelas crianças.

O questionário SDQ foi utilizado durante a intervenção em dois momentos distintos, ou seja, aquando a entrada e saída de cada criança, independentemente de terem entrado, ou saído, a meio da intervenção. Foi através do preenchimento deste questionário numa fase inicial, e da observação das crianças durante as primeiras sessões, que foi possível definir os objetivos para a intervenção.

A ficha de avaliação da sessão foi preenchida por todas as crianças desde a primeira sessão até à última sessão em que estivessem presentes. Com a informação obtida através desta ficha foi possível reformular alguns aspetos das sessões, de forma a torná-las mais atrativas para as crianças, e verificar se os objetivos estavam a ser cumpridos.

A ficha de avaliação do impacto do programa foi preenchida no final da intervenção mas não foi possível obter os dados de todas as crianças, uma vez que algumas fizeram um processo de transição muito rápido para outro local, não sendo possível a aplicação da ficha de impacto.

3.3.2. Psicomotricidade na escola

Inicialmente, de forma a selecionar as crianças, pediu-se aos professores que preenchessem o SDQ - *Strenghts and Difficulties Questionnaire* (Goodman, 1998; traduzido e adaptado por Fleitlich, Loureiro, Fonseca, & Gaspar, 2000) para as crianças que apresentassem três das seguintes características: dificuldades de concentração; dificuldades de relacionamento com figuras de autoridade; comportamentos inadequados ao contexto; dificuldades de relacionamento com os pares; dificuldades no controlo das emoções; hiperatividade; agressividade e impulsividade.

Após essa seleção foi entregue aos pais o mesmo questionário, junto com o consentimento informado, que deveriam preencher caso autorizassem o educando a participar nas sessões. Das crianças que foram selecionadas, e autorizadas, apenas as do 3º e 4º ano preencheram o questionário, pois as do 1º e 2º ano não têm maturidade para a realização do mesmo e as próprias regras de aplicação deste questionário assim o ditam.

Após a intervenção os professores, os pais e as crianças, voltaram a preencher o SDQ, para se poderem comparar os resultados iniciais com os finais, sendo que as crianças tiveram ainda que preencher a ficha de avaliação do impacto do programa.

3.3.3. Centro de Dia São Francisco Xavier

Na avaliação dos utentes foi utilizado um protocolo de avaliação, realizado pelas estagiárias, que tem como base cinco instrumentos distintos. Este protocolo foi aplicado na terceira sessão, uma vez que as primeiras sessões serviram para conhecer o grupo, e na penúltima sessão. Através da informação obtida com a primeira aplicação do protocolo, e das observações realizadas durante as primeiras duas sessões, foi possível planificar os objetivos tendo em conta as necessidades dos utentes. A utilização do protocolo na penúltima sessão permitiu a comparação entre os resultados iniciais e finais, verificando assim a eficácia da intervenção.

3.4. Contextos de intervenção

3.4.1. Casa da Fonte

As sessões de Psicomotricidade realizaram-se numa sala disponibilizada pelo Centro Social Paroquial de Oeiras. Essa sala continha duas mesas, um quadro branco, e mais de 50 cadeiras dispostas em quatro filas, que precisavam ser empilhadas em todas as sessões para termos espaço suficiente para realizar as atividades. Para além deste materiais a sala possuía também um quadro branco, com marcadores, vários armários encostados a uma parede, com portas de vidro, um piano, e alguns placares de cortiça. Quando as sessões terminavam, todos os materiais que tinham sido deslocados para criar o espaço necessário, eram arrumados na disposição inicial. Visto esta sala não estar equipada com material adequado para as sessões, todo o material utilizado nas atividades foi levado pelas estagiárias.

De seguida apresentam-se algumas fotografias do espaço.



Figura 1: Fotografias da sala de intervenção no Centro Social Paroquial de Oeiras

3.4.2. Psicomotricidade na Escola – E.B.1 d’Os Moinhos do Restelo

As sessões de Psicomotricidade decorreram no ginásio da escola (figura 2). Este ginásio é um espaço de passagem, estando ligado ao refeitório da escola, sem que exista uma barreira física entre eles. É também por ele que passam todas as crianças que frequentam o jardim-de-infância e as crianças do 1º e do 2º ano, visto ser pelo ginásio que se acede às portas que dão acesso às salas de aula. Este facto fez com que, em muitas sessões, não se conseguisse a tranquilidade e o silêncio necessário para realizar as atividades.



Figura 2: Fotografias do ginásio da escola E.B.1 d’Os Moinhos do Restelo

No que respeita ao material existente neste ginásio, tínhamos dois bancos suecos, três espaldares, alguns placares de cortiça com trabalhos realizados pelos alunos e um armário com diferentes materiais como bolas, arcos, cordas, entre outros. Apesar de termos no ginásio esse armário com bastante material, não nos era permitido usufruir desses, pelo que, todos os materiais que eram necessários para as atividades eram levados pelas estagiárias.

3.4.3. Psicomotricidade na Escola – E.B.1 de Caselas

As sessões de psicomotricidade decorreram no ginásio da escola (figura 3). Este ginásio encontra-se numa estrutura aparte das salas de aula, sendo que a entrada para este se faz pelo recreio da escola, e está ligado ao refeitório por uma porta que esteve habitualmente fechada.

Neste ginásio tínhamos dois bancos suecos, um quadro branco, vários materiais espalhados pelo espaço, incluindo colchões, e um armário cheio de materiais, como arcos, bolas, cordas, pinos que, ao contrário do que acontecia na escola E.B.1 d'Os Moinhos do Restelo, podíamos usar.



Figura 3: Fotografias do ginásio da escola E.B.1 de Caselas

3.4.4. Centro de Dia São Francisco Xavier

As sessões de psicomotricidade decorreram no refeitório do CDSFX (figura 4). Este espaço contém várias mesas e cadeiras que eram colocadas num canto do refeitório pelos funcionários do CDSFX, em todas as sessões. Para além das mesas e cadeiras, tínhamos a possibilidade de usar o rádio, a *fisioball* e alguns balões que pertenciam à técnica das aulas de ginástica.

Para a sessão, utilizávamos sempre algumas cadeiras para colocar os utentes sentados em círculo e os restantes materiais eram levados pelas estagiárias.



Figura 4: Fotografia do espaço de intervenção no Centro de Dia São Francisco Xavier

3.5. Calendarização

A intervenção decorreu semanalmente em todos os locais de estágio, como mostra o quadro 1, embora não tenha sido iniciada em todos os locais ao mesmo tempo. As intervenções iniciaram-se em outubro com a Casa da Fonte e o projeto “Afetos na Escola”. Em novembro começaram as sessões de Psicomotricidade no Centro Social Paroquial de Oeiras e no Centro de Dia São Francisco Xavier e, somente em janeiro se iniciaram as sessões de Psicomotricidade na escola na E.B.1 de Caselas e na E.B.1 d'Os Moinhos do Restelo. Devido a algumas alterações nos horários das atividades extra das crianças, que faziam parte do grupo 1 da Psicomotricidade na escola, foi necessário alterar o dia em que o grupo tinha intervenção, passando este grupo a ter sessão à quarta-feira à tarde e não há quinta-feira de manhã como aconteceu durante 4 meses.

Quadro 1: Horário semanal da intervenção realizada

Segunda-Feira	Terça-Feira	Quarta-Feira	Quinta-Feira	Sexta-Feira
11h00-12h00 Psicomotricidade no Centro de Dia São Francisco Xavier	11h15-12h15 Afetos na Escola 3ªA	10h00-11h00 Psicomotricidade Centro Social Paroquial de Oeiras		11h15-12h00 Psicomotricidade Grupo 4
14h00-15h00 Afetos na Escola 1ªC	14h00-15h00 Afetos na Escola 2ªB	14h00-14h45 Psicomotricidade Grupo 1	14h00-14h45 Psicomotricidade Grupo 2	
			14h45-15h30 Psicomotricidade Grupo 3	
		18h00-19h30 Psicomotricidade Casa da Fonte		

Como podemos ver no Quadro 1, as sessões de Psicomotricidade na escola tinham uma duração de 45 minutos, as sessões de Psicomotricidade no Centro de Dia de São Francisco Xavier e no Centro Social Paroquial de Oeiras tinham uma duração de 60 minutos, assim como as sessões de “Afetos na Escola”, e as sessões de Psicomotricidade na Casa da Fonte tinham a duração de 90 minutos.

Como referido anteriormente, cada local de intervenção teve uma data própria de iniciação, logo alguns locais tiveram mais sessões que outros. De seguida apresenta-se o planeamento anual para cada um dos locais.

3.5.1. Casa da Fonte

A intervenção na Casa da Fonte teve a duração de 8 meses (Outubro-Maio), para os quais estavam previstas 28 sessões, tendo sido apenas realizadas 27, pois as crianças, durante as férias da Páscoa, estiveram numa colónia e não puderam estar presentes na sessão.

Para além das 27 sessões efetuadas, foram também realizadas duas sessões extra, uma realizada no Natal pelas estagiárias do 1º ciclo, onde as crianças fizeram pizzas e biscoitos, e outra no Centro Ciência Viva em Sintra, que foi a atividade final.

No quadro 2 podemos ver o planeamento anual das sessões de Psicomotricidade da Casa da Fonte.

Quadro 2 – Planeamento anual das sessões de Psicomotricidade da Casa da Fonte

Mês	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho
Dias	12	2	7	4	1	7	11	2	2
	19	9	14	11	8	14	18	9	
	26	16		18	15	21		16	
		23		25	29	28		23	
		30						30	



Houve Sessão



Não Houve Sessão



Sessão Extra

3.5.2. Junta de Freguesia de São Francisco Xavier

Na Junta de Freguesia de São Francisco Xavier a intervenção incidiu em dois projetos, mais precisamente, o projeto Psicomotricidade na escola e o projeto “Afetos na Escola”. O projeto Psicomotricidade na escola teve a duração de 5 meses, com um total de 19 sessões previstas e realizadas. Algumas sessões que não foram realizadas no dia planeado mas foram compensadas noutras datas. O planeamento anual destas sessões, para a escola E.B.1 d’Os Moinhos do Restelo (grupo 1), encontra-se no quadro 3 e para a escola E.B.1 de Caselas (grupo 4) encontra-se no quadro 4.

Quadro 3: Planeamento anual das sessões de Psicomotricidade na escola E.B.1 d’Os Moinhos do Restelo (grupo 1)

Mês	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio
Dias	12	2	1	12	2
	19	9	8	18	9
	26	16	15	20	11
		23	22	25	16
					23
					25
					30



Houve Sessão



Não Houve Sessão



Compensação

Quadro 4: Planeamento anual das sessões de Psicomotricidade na escola E.B.1 de Caselas (grupo 4)

Mês	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho
Dias	13	3	2	13	4	1
	20	10	9	20	11	
	27	17	16	24	15	
		24	23	27	18	
					25	



Houve Sessão



Não Houve Sessão



Compensação

O projeto “Afetos na Escola”, que decorreu na escola E.B.1 d’Os Moinhos do Restelo e na escola E.B.1 de Caselas, teve a duração de 8 meses. Durante esse período foram acompanhadas as sessões das turmas do 1ºC, do 2ºB e do 3ºA da escola E.B.1 d’Os Moinhos do Restelo. O trabalho que foi desenvolvido nestas sessões, mais especificamente as atividades e os conteúdos abordados, foi da responsabilidade das psicólogas da Junta de Freguesia de São Francisco Xavier, e por esse facto não será abordado extensivamente neste relatório. Contudo, encontram-se em anexo os relatórios de todas as sessões que foram dinamizadas.

No quadro 5, encontra-se a calendarização das sessões concretizadas no âmbito do projeto “Afetos na Escola”.

Quadro 5 – Calendarização das sessões do projeto “Afetos na Escola”

Ano	Mês								
	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.
1ºC	24	7	5	9	6	5	16	7	4
		14		16	13	12	23	14	
		21		23	27	19	30	21	
		28		30				28	
2ºB	25	15	6	10	7	6	10	8	5
		22		17	14	13	17	15	
		29		24	28	20	24	22	
				31				29	
3ºA	25	8	6	10	7	6	10	8	5
		15		17	14	13	17	15	
		22		24	28	20	24	22	
		29		31				29	



Houve Sessão



Não Houve Sessão



Não Compareci

3.5.3. Centro de Dia São Francisco Xavier

A intervenção no CDSFX teve a duração de 7 meses e um total de 24 sessões previstas e realizadas. No quadro 6 encontra-se o planeamento das sessões de psicomotricidade para o CDSFX.

Quadro 6 – Planeamento das sessões de Psicomotricidade no CDSFX

Mês	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio
Dias	28	5	2	6	5	9	7
		12	9	13	12	16	14
			16	20	19	23	21
			23	27	26	30	28
			30				



Houve Sessão

3.6. Estruturação da intervenção e objetivos

3.6.1. Casa da Fonte e Psicomotricidade na escola

A intervenção na Casa da Fonte e no projeto Psicomotricidade na escola da Junta de Freguesia de São Francisco Xavier teve como base o Programa de Treino de Competências Pessoais e Sociais de Matos (2005).

As atividades foram delineadas de acordo com as necessidades e as características de cada grupo, incidindo fortemente na resolução de problemas, e em todos os aspetos ligados à mesma, na cooperação e na expressão e compreensão de sentimentos/emoções.

Todos os objetivos, gerais e específicos, definidos para a intervenção na Casa da Fonte e na Psicomotricidade na escola, foram obtidos após a análise, através do programa SPSS versão 19, dos dados do questionário SDQ.

Desta forma, os objetivos gerais e específicos estabelecidos para a intervenção na Casa da Fonte foram:

Objetivos gerais

- Promover competências pessoais e sociais em crianças institucionalizadas;
- Promover o bem-estar psicológico nas crianças;
- Promover a autorregulação do comportamento;
- Proporcionar um meio facilitador das relações interpessoais adequadas;
- Capacitar as crianças para agir perante situações de exclusão/inadaptação.

Objetivos específicos

- Promover a assertividade;
- Potencializar a resolução de problemas e a tomada de decisão;
- Estimular a interajuda, a partilha e a cooperação;
- Potencializar a expressão de sentimentos;
- Identificar os sentimentos/emoções do outro;
- Promover a empatia;
- Facilitar a relação entre os pares e as figuras de autoridade;
- Promover o controlo da agressividade e da impulsividade;
- Estimular o comportamento verbal e não-verbal;
- Melhorar a autoestima.

Na Psicomotricidade na escola, para além da análise dos dados foi realizada uma avaliação informal, através da observação do comportamento das crianças, definindo-se os seguintes objetivos gerais e específicos:

Objetivos gerais

- Promover competências pessoais e sociais em crianças em contexto escolar;
- Promover o bem-estar psicológico nas crianças;
- Promover a autorregulação do comportamento;
- Proporcionar um meio facilitador das relações interpessoais adequadas;
- Melhoria das funções executivas como a concentração, atenção e memória.

Objetivos específicos

- Promover a assertividade;
- Potencializar a resolução de problemas e a tomada de decisão;
- Estimular a interajuda, a partilha e a cooperação;
- Potencializar a expressão de sentimentos;
- Identificar os sentimentos/emoções do outro;
- Promover a empatia;
- Facilitar a relação entre os pares e as figuras de autoridade;
- Promover o controlo da agressividade e da impulsividade;
- Estimular o comportamento verbal e não-verbal;
- Melhorar a autoestima e autoconhecimento;
- Melhorar a capacidade de concentração e atenção;
- Cumprimento das regras estabelecidas na sessão.

Cada sessão obedecia a uma estrutura pré-estabelecida que englobava momentos distintos como a entrada, o diálogo inicial, as atividades, o retorno à calma e o diálogo final.

Dos momentos referidos anteriormente, apenas a entrada funcionava de forma diferente, uma vez que na Casa da Fonte as crianças eram trazidas até ao local de intervenção pelo educador, e na Psicomotricidade na escola eram as estagiárias que iam buscar as crianças às salas de aula, acompanhando-as até ao ginásio.

No quadro abaixo encontra-se a estrutura das sessões de psicomotricidades.

Quadro 7 – Estrutura da sessão de Psicomotricidade na Casa da Fonte e no projeto Psicomotricidade na escola

Momento da Sessão	Objetivos
Entrada	Organização do grupo; Cumprimento das regras sociais.
Diálogo Inicial	Promover a organização sequencial; Refletir sobre a semana; Potencializar o convívio entre os elementos do grupo.
Atividades	Promover competências pessoais e sociais; Promover o bem-estar psicológico; Proporcionar um meio facilitador das relações interpessoais adequadas; Promover a autorregulação do comportamento; Melhoria das funções executivas como a concentração, atenção e memória.
Retorno à calma	Promover a relaxação; Promover a noção corporal; Promover o controlo respiratório.
Diálogo Final	Desenvolver a capacidade de memorização e sequencialização; Expressar a sua vivência pessoal; Autoavaliação do comportamento.

3.6.2. Centro de Dia de São Francisco Xavier (CDSFX)

No CDSFX todas as sessões foram elaboradas com vista a cumprir os objetivos delineados, focando principalmente a comunicação e a interação entre os utentes, a partilha e a capacidade de memorização.

Após a recolha dos dados, resultantes do questionário preenchido pelos utentes e da avaliação qualitativa, procedeu-se à sua análise com recurso ao programa SPSS versão 19, e delinearam-se os objetivos gerais e específicos para o CDSFX.

Desta forma, os objetivos gerais e específicos estabelecidos para a intervenção no CDSFX foram:

Objetivos gerais

- Promover competências sociais e pessoais em idosos;
- Promover o bem-estar psicológico nos idosos;
- Proporcionar um meio facilitador das relações interpessoais adequadas;
- Promover a gestão de conflitos;
- Desenvolver as competências cognitivas;
- Desenvolver a tonicidade;
- Desenvolver a praxia global;
- Promover o interesse dos utentes na realização das atividades de vida diárias.

Objetivos específicos

- Melhorar a orientação temporal;
- Promover a comunicação e interação entre os utentes;
- Promover a autoestima;
- Promover a reflexão sobre as vivências pessoais;
- Promover a partilha, interajuda e cooperação entre os utentes;
- Melhorar a agilidade nos movimentos;

- Promover a capacidade de memória;
- Melhorar a capacidade de atenção e concentração;
- Melhorar a coordenação óculo-manual;
- Promover a gestão de conflitos;
- Promover a empatia;
- Promover a expressão e compreensão de sentimentos/emoções.

Todas as sessões elaboradas foram compostas por cinco momentos distintos. No quadro abaixo podemos observar a estrutura da sessão no CDSFX.

Quadro 8 - Estrutura da sessão de Psicomotricidade no CDSFX

Momento da Sessão	Objetivos
Entrada	Organização do grupo.
Diálogo Inicial	Promover a orientação temporal; Promover a capacidade de sequencialização; Relembrar as atividades da sessão anterior.
Atividades	Promover competências pessoais e sociais; Promover o bem-estar psicológico; Proporcionar um meio facilitador das relações interpessoais adequadas; Melhorar as competências cognitivas; Desenvolver a tonicidade; Desenvolver a praxia global; Promover o interesse dos utentes na realização das atividades de vida diária.
Retorno à calma	Promover a relaxação; Promover a noção corporal; Promover o controlo respiratório.
Diálogo Final	Desenvolver a capacidade de memorização e sequencialização; Expressar a sua vivência pessoal.

3.7. Apresentação dos Resultados da Intervenção

3.7.1. Casa da Fonte

De seguida encontram-se os resultados da avaliação inicial e final das crianças da Casa da Fonte, obtidos através do SDQ preenchido pelos educadores (que utilizaram a versão dos professores), pelo auxiliar que acompanhasse mais de perto a criança (utilizando a versão dos pais) e pelas crianças. Os resultados obtidos permitiram definir os objetivos a serem trabalhados durante as sessões.

Das 18 crianças que fizeram parte do grupo, apenas serão apresentados os dados de 16 crianças, uma vez que duas delas estiveram apenas em 4 sessões, das 27 realizadas, e os seus resultados não se consideram pertinentes para a avaliação por não terem estado estado presentes em mais de metade das sessões. Dessas 16 crianças será dado mais ênfase aos resultados das 4 crianças que estiveram presentes em mais de metade das sessões. Essas 4 crianças estarão divididas, das restantes, na apresentação gráfica através de uma linha preta vertical.

No gráfico 8 podemos verificar os valores médios, das cinco subescalas do SDQ, do grupo inicial.

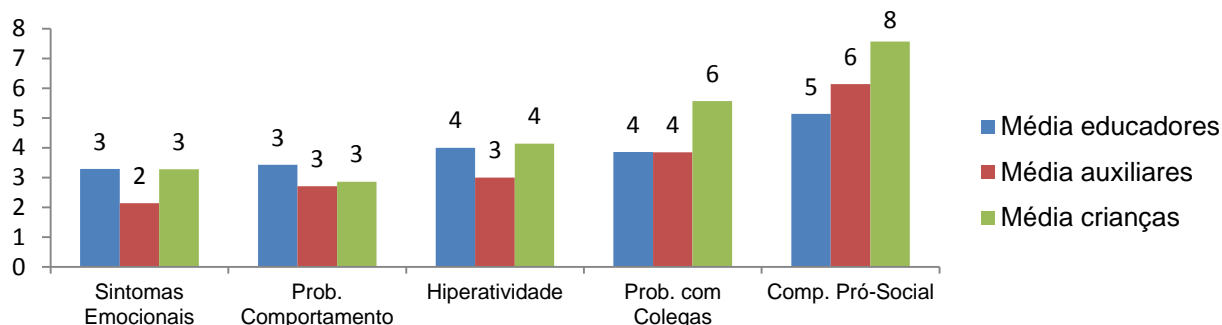


Gráfico 8: Valores médios do grupo inicial obtidos pelos SDQ's dos educadores, dos auxiliares e das crianças – Casa da Fonte

Como se pode observar no gráfico 8, as únicas subescalas que se encontram dentro da normalidade (ver quadro 9) para as três avaliações são a dos sintomas emocionais e a da hiperatividade. Ao nível dos problemas de comportamento pode-se verificar que as crianças apresentam valores, com base na autoavaliação, que correspondem a um nível “normal”, enquanto que para os educadores e para os auxiliares elas encontram-se no nível “limítrofe”. Na subescala dos problemas de relacionamento com os colegas, pode-se verificar que para as crianças e para os auxiliares, os valores apresentados referem-se a um nível “anormal” no entanto, para os educadores, as crianças apresentam valores de nível “limítrofe”. Por último, no comportamento pró-social, verifica-se que para as crianças e para os auxiliares, estas apresentam valores de nível “normal”, ao contrário dos educadores que consideram que as crianças apresentam valores de nível “limítrofe”. Todas as categorias apresentadas (normal, limítrofe, anormal) encontram-se aferidas para a população portuguesa, como podemos observar no quadro 9.

Quadro 9 – Valores de categorização das subescalas do SDQ validados para a população portuguesa

	Normal			Limítrofe			Anormal		
	Prof. (Edu.)	Pais (Aux.)	Criança	Prof. (Edu.)	Pais (Aux.)	Criança	Prof. (Edu.)	Pais (Aux.)	Criança
Sintomas Emocionais	0-4	0-3	0-5	5	4	6	6-10	5-10	7-10
Problemas de Comportamento	0-2	0-2	0-3	3	3	4	4-10	4-10	5-10
Hiperatividade	0-5	0-5	0-5	6	6	6	7-10	7-10	7-10
Problemas de Relacionamento com os Colegas	0-3	0-2	0-3	4	3	4-5	5-10	4-10	6-10
Comportamento Pró-Social	6-10	6-10	6-10	5	5	5	0-4	0-4	0-4

Avaliação inicial e final dos educadores – Casa da Fonte

Neste ponto serão apresentados todos os dados obtidos pelo SDQ, através da avaliação inicial e final, dos educadores. Serão apresentadas todas as subescalas e o total de dificuldades, realizando-se uma comparação entre os valores iniciais e os valores finais. No gráfico abaixo podemos verificar os valores da subescala dos Sintomas Emocionais.

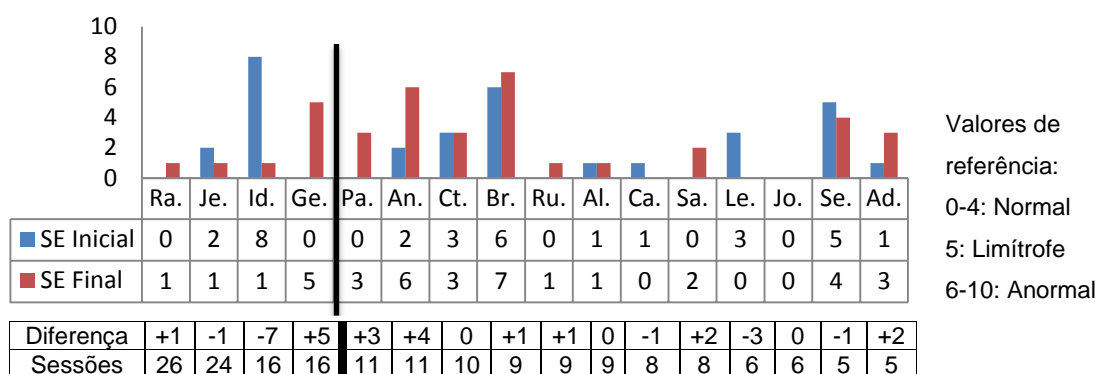


Gráfico 9: Avaliação inicial e final dos educadores da subescala dos Sintomas Emocionais do SDQ – Casa da Fonte

Analisando os dados do gráfico 9 podemos constatar que inicialmente haviam 13 crianças na categoria “normal”, 1 na “limítrofe” e 2 na “anormal”. Após a intervenção os resultados foram iguais.

Focando nos resultados das 4 crianças que estiveram em mais sessões, pode-se constatar que inicialmente 3 delas estavam no nível “normal” e 1 no “anormal” e, após a intervenção, 2 delas mantiveram-se no nível “normal”, 1 delas passou de “anormal” para “normal” e outra de “normal” para “limítrofe”. Pode-se dizer que houve uma melhoria em alguns resultados, tendo em conta o grupo em geral.

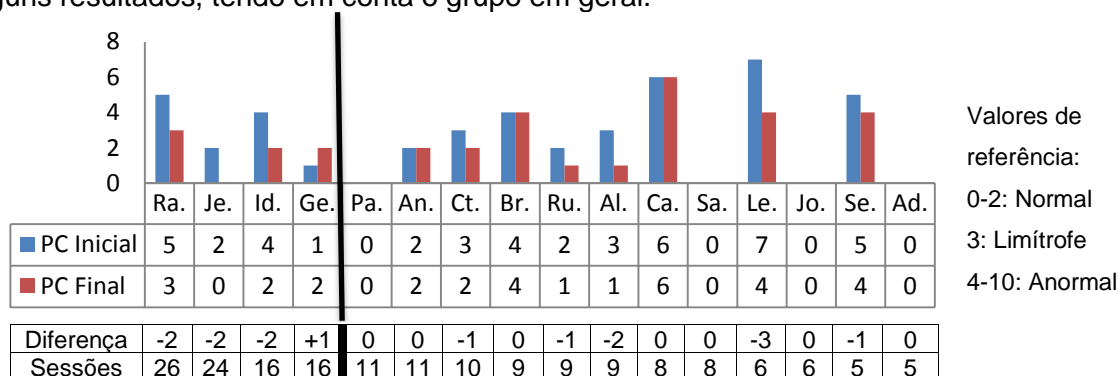


Gráfico 10: Avaliação inicial e final dos educadores da subescala dos Problemas de Comportamento do SDQ – Casa da Fonte

Analisando agora os resultados da subescala dos problemas de comportamento (gráfico 10), pode-se verificar que na avaliação inicial 8 crianças encontravam-se no nível “normal”, 2 no nível “limítrofe” e 6 no nível “anormal”. Após a intervenção 11 crianças apresentaram resultados no nível “normal”, 1 no nível “limítrofe” e 4 no nível “anormal”, o que mostra uma melhoria dos resultados após a intervenção.

Das 4 crianças com mais sessões realizadas verifica-se que, antes da intervenção, 2 se encontravam no nível “normal” e as outras 2 no nível “anormal”. Após a intervenção, 3 apresentaram níveis “normais” e 1 valores de nível “limítrofe”, o que mostra uma melhoria dos resultados após a intervenção.

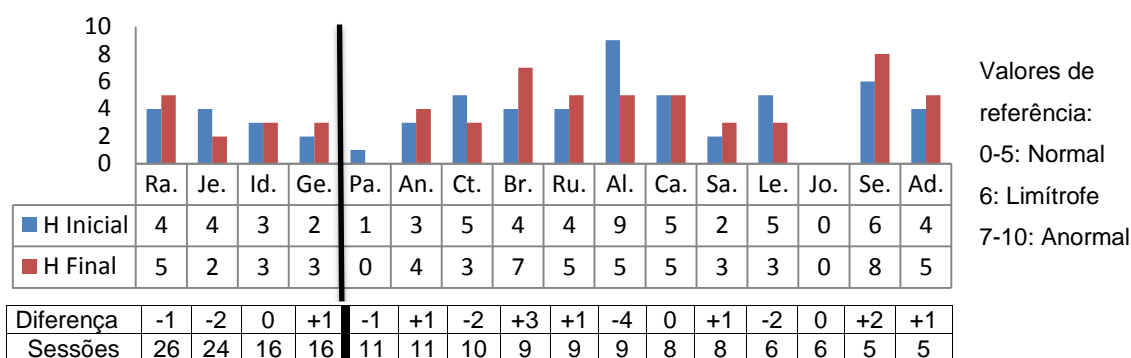


Gráfico 11: Avaliação inicial e final dos educadores da subescala da Hiperatividade do SDQ – Casa da Fonte

Analisando o gráfico 11, representativo da subescala da hiperatividade, verifica-se que antes da intervenção 14 crianças se encontravam no nível “normal”, 1 no nível “limítrofe” e 1 no nível “anormal”. Após a intervenção, o número de crianças no nível “normal” manteve-se e passaram a existir duas com nível “anormal”.

As 4 crianças com mais sessões apresentaram valores no nível “normal”, antes e após a intervenção.

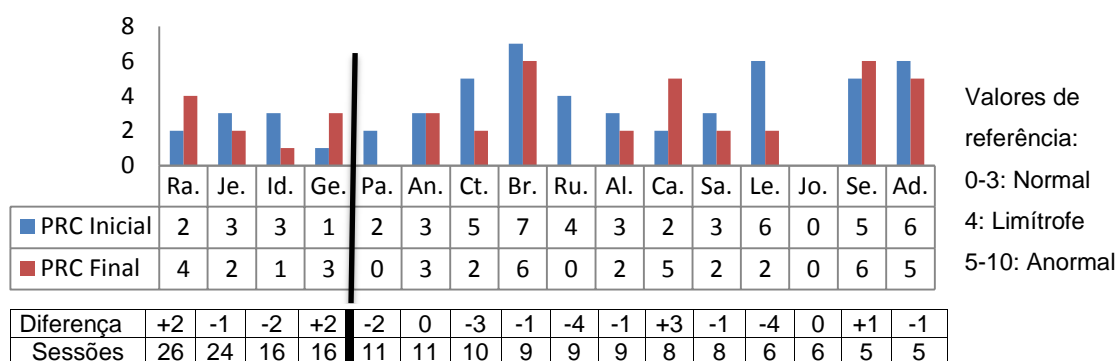


Gráfico 12: Avaliação inicial e final dos educadores da subescala dos Problemas de Relacionamento com os Colegas do SDQ – Casa da Fonte

Analisando o gráfico 12, da subescala dos problemas de relacionamento com os colegas, pode-se verificar que inicialmente 10 crianças apresentaram resultados no nível “normal”, 1 no nível “limítrofe” e 5 no nível “anormal”. Após a intervenção, 11 crianças apresentaram resultados no nível “normal”, 1 no nível “limítrofe” e 4 no nível “anormal”. Relativamente às 4 crianças com mais sessões, antes da intervenção todas apresentaram resultados no nível “normal” e após a intervenção apenas 3 tiveram resultados de nível “normal” e 1 de nível “limítrofe”.

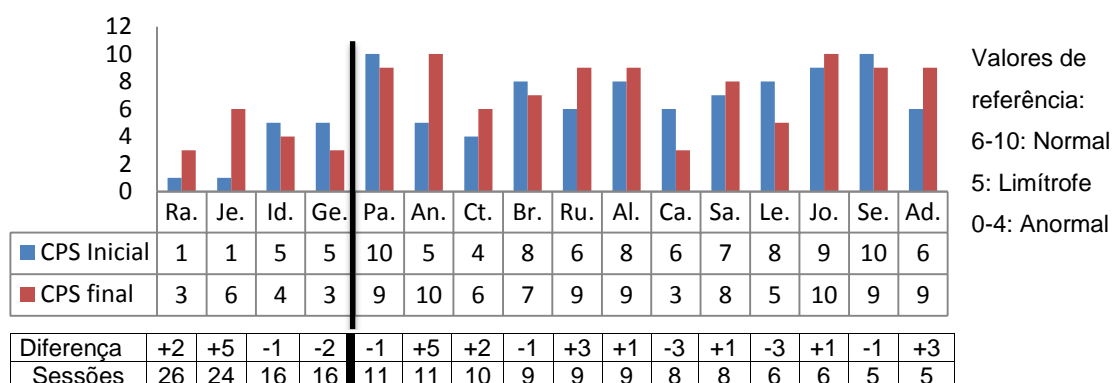


Gráfico 13: Avaliação inicial e final dos educadores da subescala do Comportamento Pró-Social do SDQ – Casa da Fonte

Analisando o gráfico 13 podemos verificar que, segundo os educadores, antes da intervenção 10 crianças apresentaram valores “normais”, 3 apresentaram valores “limítrofes” e 3 apresentaram valores “anormais”. Após a intervenção, passaram a existir 11 crianças com valores de nível “normal”, 1 com resultados de nível “limítrofe” e 4 com valores de nível “anormal”.

Relativamente às 4 crianças com mais sessões, antes da intervenção 2 apresentaram-se no nível “limítrofe” e as outras 2 no nível “anormal” e, após a intervenção, passaram a existir 3 crianças no nível “anormal” e 1 no nível “normal”.

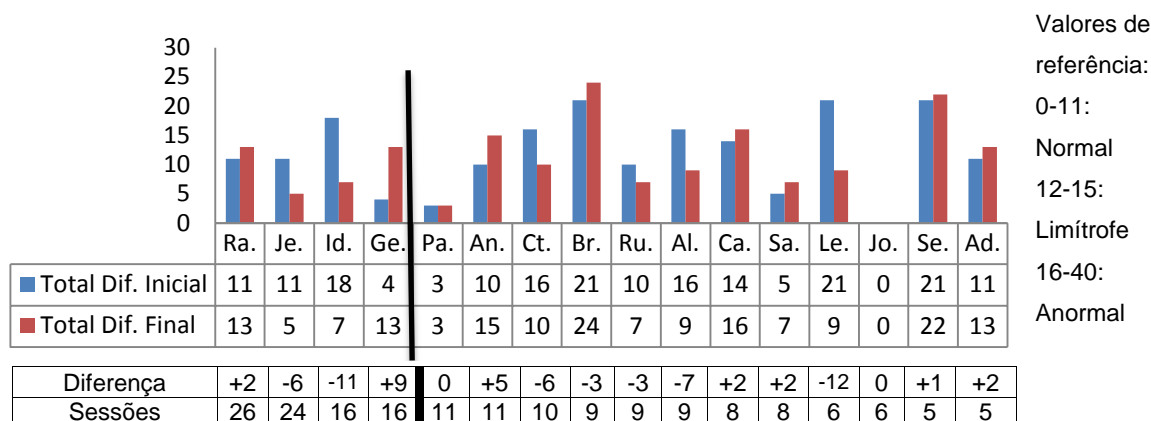


Gráfico 14: Avaliação inicial e final dos educadores do Total de Dificuldades do SDQ – Casa da Fonte

Analisando o gráfico 14, do total de dificuldades do SDQ, podemos verificar que para os educadores, antes da intervenção, 9 crianças apresentavam valores de nível “normal”, 1 apresentava valores de nível “limítrofe” e 6 apresentavam valores de nível “anormal”. Após a intervenção, manteve-se o número de crianças no nível “normal”, aumentou para 4 as crianças no nível “limítrofe” e baixou para 3 o número de crianças no nível “anormal”. Das 4 crianças com mais sessões, antes da intervenção, 3 delas encontravam-se no nível “normal” e 1 no nível “anormal”. Após a intervenção, 2 delas apresentaram valores de nível “normal”, sendo que uma delas encontrava-se no nível “anormal” antes da intervenção, e as outras duas apresentaram valores de nível “limítrofe”.

Avaliação Inicial e Final dos Auxiliares

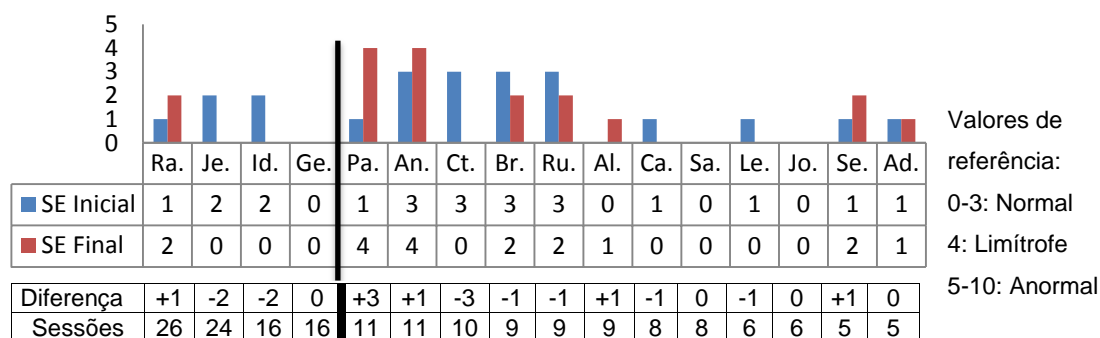


Gráfico 15: Avaliação inicial e final dos auxiliares da subescala dos Sintomas Emocionais do SDQ – Casa da Fonte

Analisando os dados do gráfico 15 podemos constatar que para os auxiliares todas as crianças se encontravam no nível “normal” antes da intervenção. Após a intervenção esse número baixou para 14, passando a existir 2 crianças com nível “limítrofe”. Em relação às 4 crianças com mais sessões, verificamos que elas apresentaram valores “normais” tanto no início como no final da intervenção.

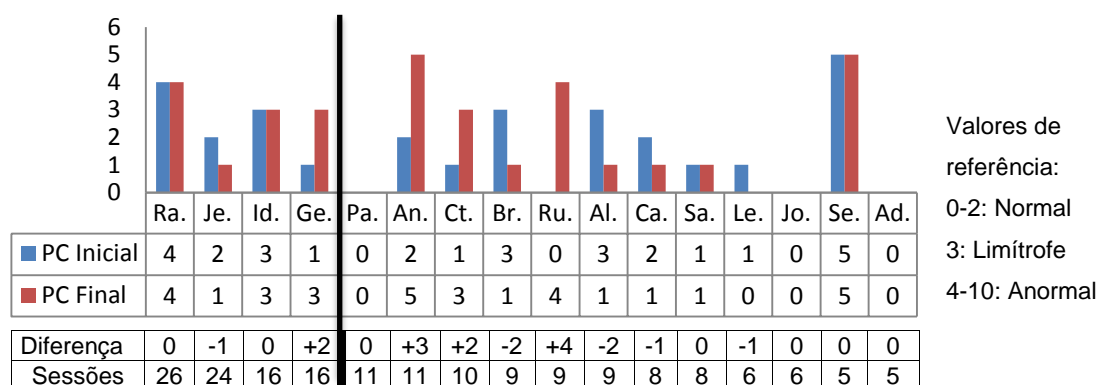


Gráfico 16: Avaliação inicial e final dos auxiliares da subescala dos Problemas de Comportamento do SDQ – Casa da Fonte

Analisando agora os resultados da subescala dos problemas de comportamento (gráfico 16), podemos verificar que para os auxiliares existiam na avaliação inicial 11 crianças no nível “normal”, 3 no nível “limítrofe” e 2 no nível “anormal”. Após a intervenção 9 crianças apresentaram resultados no nível “normal”, 3 no nível “limítrofe” e 4 no nível “anormal”. Das 4 crianças com mais sessões realizadas verifica-se que, antes da intervenção, 2 se encontravam no nível “normal”, 1 no nível “limítrofe” e 1 no nível “anormal”. Após a intervenção, 1 apresentava níveis “normais”, 2 valores de nível “limítrofe” e 1 valores de nível “anormal”, mostrando existir um decréscimo nos valores após a intervenção.

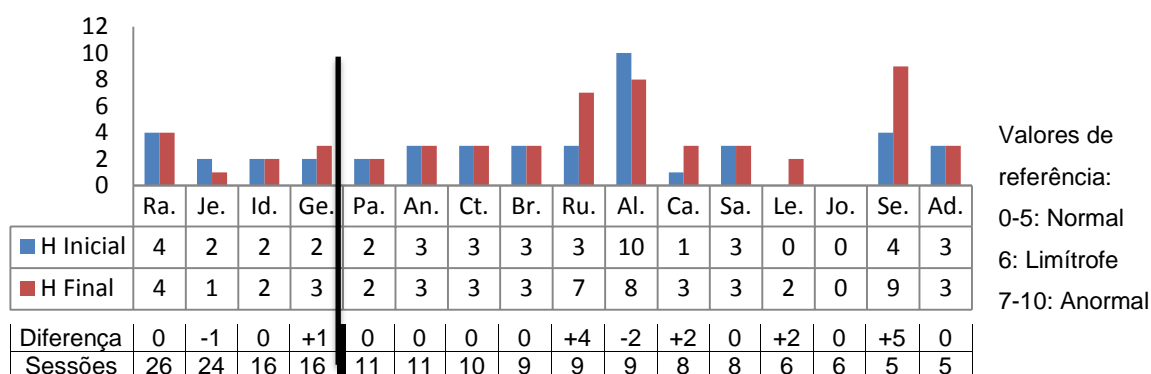


Gráfico 17: Avaliação inicial e final dos auxiliares da subescala da Hiperatividade do SDQ – Casa da Fonte

Analisando o gráfico 17, representativo da subescala da hiperatividade, verifica-se que antes da intervenção 15 crianças se encontravam no nível “normal” e 1 no nível “anormal”. Após a intervenção, o número de crianças no nível “normal” baixou para 13 e passaram a existir 3 crianças com nível “anormal”, evidenciando-se piores resultados no final.

Das 4 crianças com mais sessões, 3 apresentaram valores no nível “normal” e 1 no nível “limítrofe”, antes e após a intervenção.

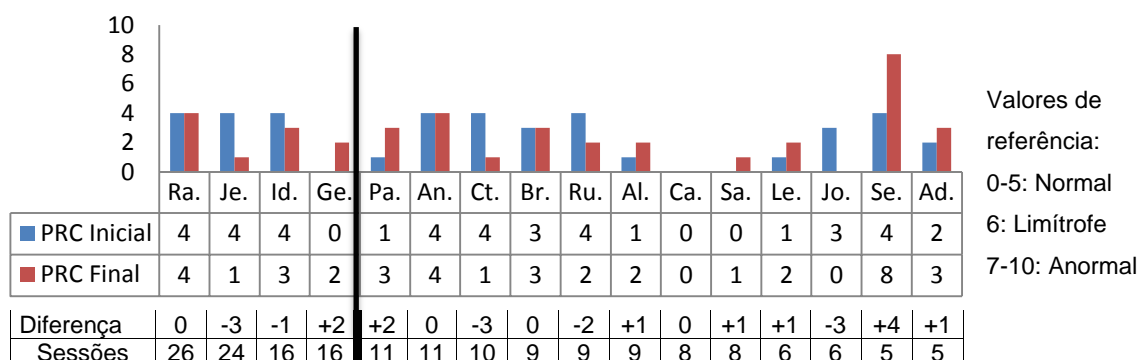


Gráfico 18: Avaliação inicial e final dos auxiliares da subescala dos Problemas de Relacionamento com os Colegas do SDQ – Casa da Fonte

Analisando o gráfico 18, da subescala dos problemas de relacionamento com os colegas, pode-se verificar que inicialmente, segundo os auxiliares, 7 crianças apresentaram resultados no nível “normal”, 2 no nível “limítrofe” e 7 no nível “anormal”. Após a intervenção, 9 crianças apresentaram resultados no nível “normal”, 4 no nível “limítrofe” e 3 no nível “anormal”.

Relativamente às 4 crianças com mais sessões, antes da intervenção apenas 1 apresentava resultados de nível “normal” e as restantes apresentavam valores de nível “anormal”. Após a intervenção, 2 crianças apresentaram resultados de nível “normal”, 1 de nível “limítrofe” e outra de nível “anormal”.

No geral houve uma melhoria dos resultados após a intervenção.

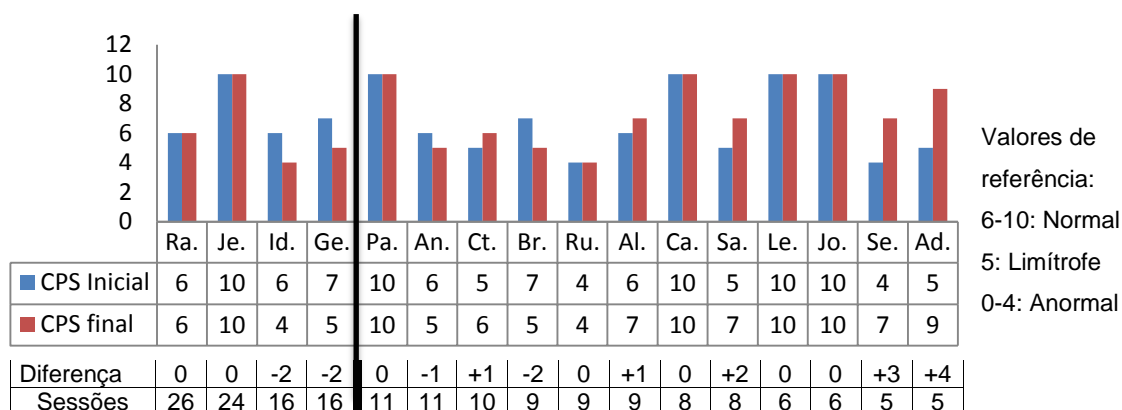


Gráfico 19: Avaliação inicial e final dos auxiliares da subescala do Comportamento Pró-Social do SDQ – Casa da Fonte

Analisando o gráfico 19, da subescala do comportamento pró-social, podemos verificar que, segundo os auxiliares, antes e após a intervenção 11 crianças apresentaram valores de nível “normal”, 3 apresentaram valores de nível “limítrofe” e 2 apresentaram valores de nível “anormal”.

Relativamente às 4 crianças com mais sessões, antes da intervenção todas apresentaram valores de nível “normal” e, após a intervenção, passaram a existir apenas 2 crianças no nível “normal”, 1 no nível “limítrofe” e 1 no nível “anormal”, obtendo-se assim piores resultados após a intervenção.

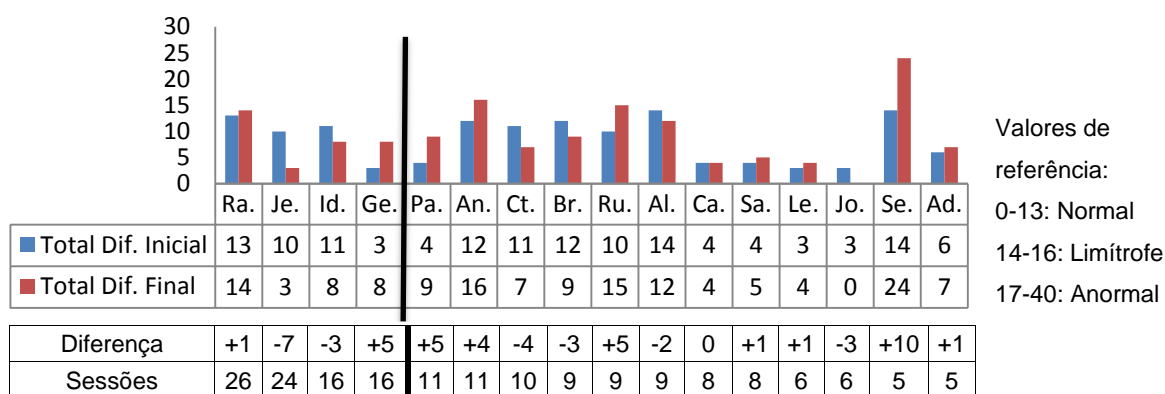


Gráfico 20: Avaliação inicial e final dos auxiliares do Total de Dificuldades do SDQ – Casa da Fonte

Analisando o gráfico 20, do total de dificuldades do SDQ, podemos verificar que para os auxiliares, antes da intervenção, 14 crianças apresentavam valores de nível “normal” e 2 apresentavam valores de nível “limítrofe”. Após a intervenção, baixou para 12 o número de crianças no nível “normal”, aumentou para 3 as crianças no nível “limítrofe” e passou a existir 1 criança no nível “anormal”.

Relativamente às 4 crianças com mais sessões, antes da intervenção, todas se encontravam no nível “normal” e, após a intervenção, 1 delas passou de valores de nível “normal” para valores de nível “limítrofe”.

Avaliação Inicial e Final das Crianças

Devido às constantes, e imprevisíveis, entradas e saídas de crianças na Casa da Fonte não foi possível obter a avaliação final de 3 das 16 crianças. Desta forma, serão apresentados apenas os resultados de 13 crianças.

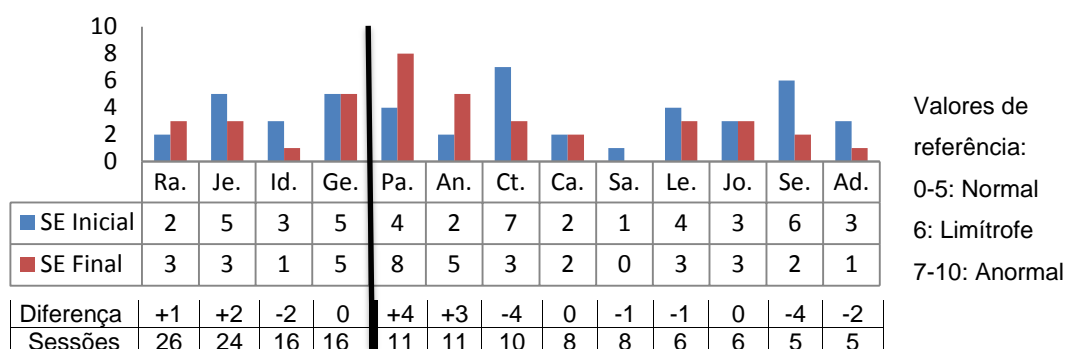


Gráfico 21: Avaliação inicial e final das crianças da subescala Sintomas Emocionais do SDQ – Casa da Fonte

Analisando os dados do gráfico 21 podemos constatar que, segundo as crianças, antes da intervenção 11 delas se encontravam no nível “normal” da subescala dos sintomas emocionais, 1 encontrava-se no nível “limítrofe” e 1 no nível “anormal”. Após a intervenção, 12 consideram encontrar-se no nível “normal” e 1 no nível “anormal”. Em relação às 4 crianças com mais sessões, verificamos que todas apresentaram valores “normais” tanto no início como no final da intervenção.

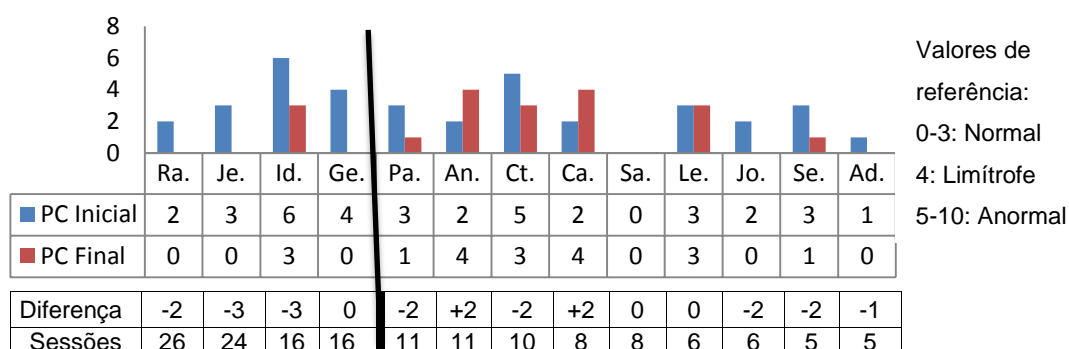


Gráfico 22: Avaliação inicial e final das crianças da subescala dos Problemas de Comportamento do SDQ – Casa da Fonte

Analisando agora os resultados da subescala dos problemas de comportamento (gráfico 22), pode-se verificar que na avaliação inicial 10 crianças apresentaram valores de nível “normal”, 1 de nível “limítrofe” e 2 de nível “anormal”. Após a intervenção todas as crianças apresentaram resultados de nível “normal”, o que mostra uma melhoria nos resultados após a intervenção.

Das 4 crianças com mais sessões realizadas verifica-se que, antes da intervenção, 2 se encontravam no nível “normal”, 1 no nível “limítrofe” e 1 no nível “anormal”. Após a intervenção, todas apresentaram valores de nível “normal”, o que mostra uma melhoria dos resultados após a intervenção.

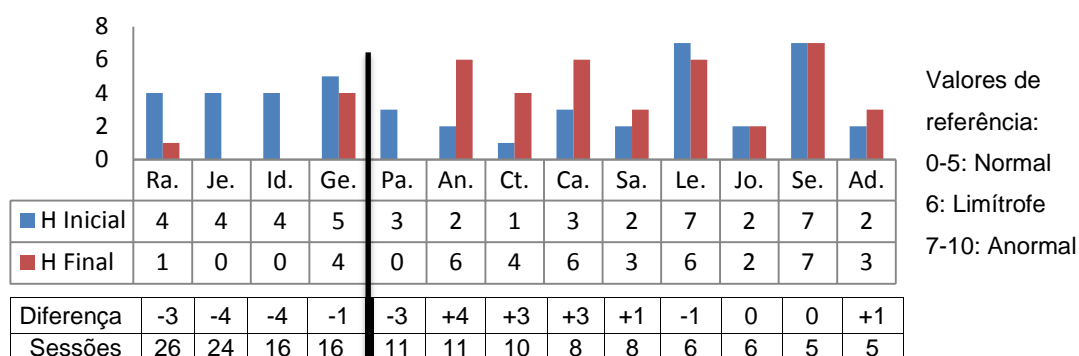


Gráfico 23: Avaliação inicial e final das crianças da subescala da Hiperatividade do SDQ – Casa da Fonte

Através da análise do gráfico 23, representativo da avaliação das crianças da subescala da hiperatividade, verifica-se que antes da intervenção 11 crianças se encontravam no nível “normal” e 2 no nível “anormal”. Após a intervenção, o número de crianças no nível “normal” baixou para 9, passaram a existir 3 crianças com valores de nível “limítrofe” e 1 com nível “anormal”. Quanto às 4 crianças com mais sessões, todas consideraram apresentar valores no nível “normal”, antes e após a intervenção.

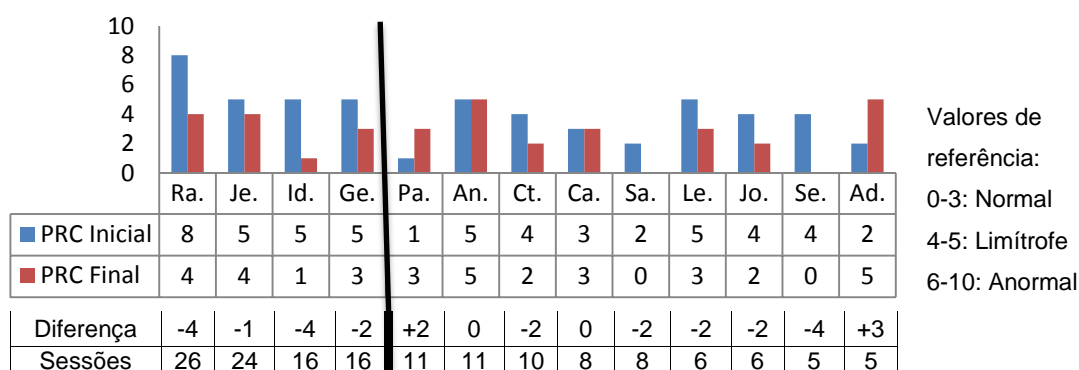


Gráfico 24: Avaliação inicial e final das crianças da subescala dos Problemas de Relacionamento com os Colegas do SDQ – Casa da Fonte

Analisando o gráfico 24, da subescala dos problemas de relacionamento com os colegas, pode-se verificar que inicialmente, para as crianças, 4 apresentaram resultados de nível “normal”, 3 de nível “limítrofe” e 6 de nível “anormal”. Após a intervenção, 9 crianças consideraram apresentar resultados no nível “normal”, 2 no nível “limítrofe” e 2 no nível “anormal”, mostrando uma melhoria significativa dos resultados após a intervenção.

Relativamente às 4 crianças presentes em mais de metade das sessões, antes da intervenção todas apresentaram resultados no nível “anormal” e após a intervenção 2 apresentaram resultados de nível “normal” e 2 de nível “limítrofe”, o que coincide com a melhoria geral do grupo nos resultados desta subescala.

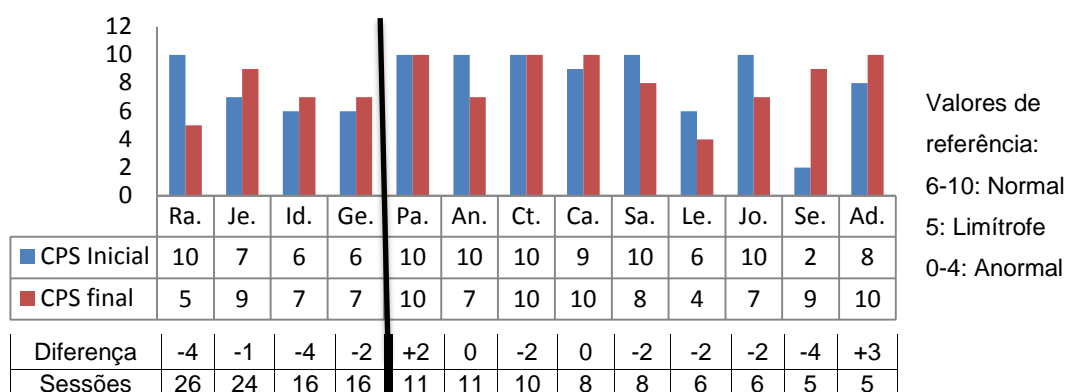


Gráfico 25: Avaliação inicial e final das crianças da subescala do Comportamento Pró-Social do SDQ – Casa da Fonte

Analisando o gráfico 25, da subescala do comportamento pró-social, pode-se verificar que inicialmente, para as crianças, 12 apresentaram resultados de nível “normal” e 1 resultados de nível “anormal”. Após a intervenção, 11 crianças consideraram apresentar resultados no nível “normal”, 1 no nível “limítrofe” e 1 no nível “anormal”. Relativamente às 4 crianças presentes em mais de metade das sessões, antes da intervenção todas apresentaram resultados no nível “normal” e após a intervenção 3 apresentaram resultados de nível “normal” e 1 de nível “limítrofe”.

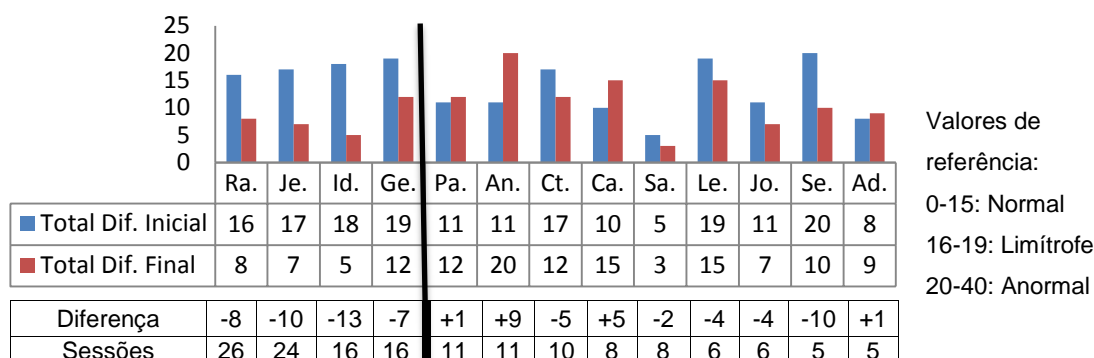


Gráfico 26: Avaliação inicial e final das crianças do Total de Dificuldades do SDQ – Casa da Fonte

Analisando o gráfico 26, do total de dificuldades do SDQ, podemos verificar que para as crianças, antes da intervenção, 6 apresentavam valores de nível “normal”, 6 apresentavam valores de nível “limítrofe” e 1 apresentava valores de nível “anormal”. Após a intervenção, 12 crianças consideraram apresentar valores de nível “normal” e 1 de nível “anormal”, mostrando uma melhoria significativa dos resultados após a intervenção. Relativamente às 4 crianças presentes em mais de metade das sessões, antes da intervenção todas consideraram encontrar-se no nível “limítrofe” e, após a intervenção todas consideraram encontrar-se no nível “normal”.

Avaliação das Sessões

Tal como referido anteriormente uma das formas de avaliação, realizada pelas crianças, consistiu na apreciação de todas as sessões. Esta avaliação deveu-se às constantes entradas e saídas de crianças e à necessidade de obter informação sobre a satisfação das mesmas com as sessões, de forma a se poder modificar alguns dos aspetos menos positivos.

De um modo geral as crianças gostaram das sessões, referindo que as que menos agradaram foram a sessão 13, 18 e 21 (planeamentos em anexo), o que é representativo de algumas situações menos positivas que ocorreram nestas sessões, nomeadamente a fuga de uma das crianças para a rua após confrontar a estagiária, os insultos entre as crianças, entre outras.

Das várias aprendizagens adquiridas durante as sessões, as mais aludidas foram: esperar pela sua vez, expressar e compreender sentimentos, aceitar/respeitar a opinião do outro, trabalhar em equipa, confiar nos colegas e refletir sobre o seu comportamento. De salientar ainda que na maioria das sessões as crianças ficaram mais calmas, mais alegres e menos conflituosas.

Avaliação do Impacto do Programa

Nesta avaliação serão apresentadas as apreciações das 16 crianças, avaliadas pelos educadores e pelos auxiliares, sobre a intervenção. No que respeita à utilidade da intervenção, 15 crianças consideraram que estas foram “giras e úteis” e 1 considerou que esta foi “nem gira, nem útil”. Quanto ao facto de gostarem ou não das sessões, 13 crianças responderam que gostaram muito, 2 afirmaram ter gostado “mais ou menos” e uma de ter gostado “pouco”. Dos quatro momentos distintos da sessão, as crianças mostraram a sua preferência pelas atividades, sobretudo as que envolviam a cooperação e a resolução de problemas, e pela relaxação, mostrando gostar menos do diálogo inicial e final. No que respeita às aprendizagens efetuadas durante a intervenção, podemos observar as perceções das crianças face às mesmas no gráfico 27.

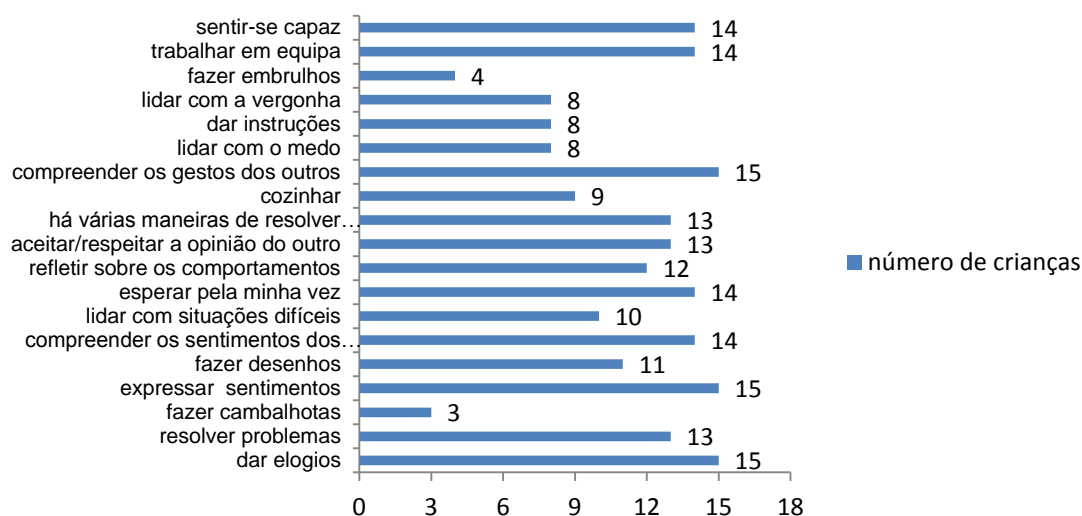


Gráfico 27: Perceção das crianças sobre as aprendizagens adquiridas após a intervenção
– Casa da Fonte

Como se pode analisar no gráfico 27, as crianças selecionaram como principais aprendizagens adquiridas o “sentir-se capaz”, o “trabalhar em equipa”, o “compreender os gestos dos outros”, o “esperar pela vez”, o “compreender os sentimentos dos outros”, o “expressar sentimentos” e o “dar elogios”. Alguns itens deste gráfico, como o “fazer embrulhos” e o “cozinhar”, serviram apenas como variáveis de controlo.

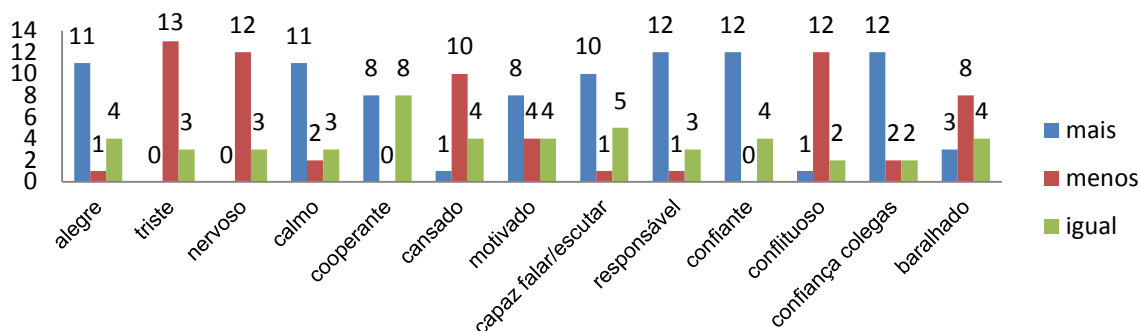


Gráfico 28: Percepção das crianças das suas evoluções emocionais e comportamentais após a intervenção – Casa da Fonte

Analisando o gráfico 28, pode-se verificar que após a intervenção a maioria das crianças sentiram-se mais alegres, calmas, responsáveis, confiantes em si e nos outros, mostrando assim uma percepção positiva do seu estado psicológico. De salientar ainda que a maioria das crianças se sentiu menos triste, nervosa e conflituosa após a intervenção.

Focando-nos agora nos resultados do impacto do programa para as 4 crianças que estiveram presentes em mais de metade das sessões, pode-se dizer que 3 delas consideraram as sessões “giras e úteis” e 1 considerou que estas foram “nem giras, nem úteis”. Quanto ao gostarem das sessões, 1 disse ter gostado “muito”, 2 responderam ter gostado “mais ou menos” e a última disse ter gostado “pouco”, referindo ainda que o momento mais apreciado da sessão foi a relaxação e o menos apreciado o diálogo inicial e final.

Das aprendizagens efetuadas durante a intervenção, estas crianças dão maior importância à compreensão dos gestos dos outros e à capacidade de resolver um problema usando diferentes estratégias. Tal como a maioria do grupo, 3 das crianças referiram sentir-se mais calmas, mais confiantes, mais responsáveis, mais cooperantes e mais capazes de falar e escutar os outros, sentindo-se igualmente menos tristes e conflituosas.

Quando questionadas se voltariam a participar destas sessões, 2 delas disseram que sim, porque as sessões eram giras e educativas, e outras duas que não, porque não gostaram ou porque tinham outras coisas para fazer. Esta divisão verificou-se igualmente na questão “recomendariam estas sessões aos amigos”.

3.7.2. Psicomotricidade na Escola E.B.1 d’Os Moinhos do Restelo – Grupo 1

De seguida encontram-se os resultados da avaliação inicial e final das crianças do grupo 1 da Psicomotricidade na escola, obtidos através do SDQ preenchido pelos professores e pelos pais. Devido à idade e escolaridade das crianças deste grupo, não foi preenchido o SDQ – versão crianças. Após a apresentação dos resultados da avaliação dos professores, e posteriormente dos pais, serão apresentados os resultados da avaliação do impacto do programa realizada pelas crianças.

No gráfico 29 podemos verificar os valores médios iniciais, das 5 subescalas do SDQ, dos professores e dos pais, que serviram de base à definição dos objetivos.

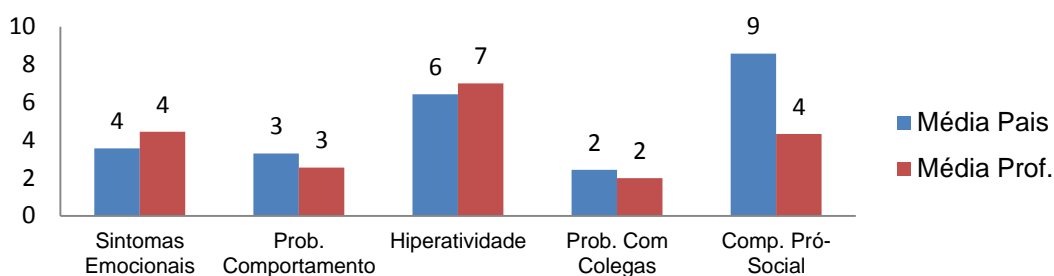


Gráfico 29: Valores médios iniciais do grupo obtidos pelos SDQ's dos professores e dos pais – Grupo 1

Como se pode observar no gráfico 29, a única subescala que se encontra dentro da normalidade (ver quadro 10) para as duas avaliações é a dos problemas de relacionamento com os colegas. Ao nível dos sintomas emocionais pode-se verificar que os professores consideram que as crianças apresentam valores de nível “limítrofe”, ao contrário dos pais que avaliam esta subescala no nível “normal”. Na subescala dos problemas de comportamento, tanto os professores como os pais, avaliam as crianças no nível “limítrofe”. Na subescala da hiperatividade observamos diferenças na avaliação, uma vez que os professores apresentam valores que colocam as crianças no nível “anormal” e os pais apresentam valores que colocam as crianças no nível “limítrofe”. Por último, no comportamento pró-social, verifica-se que, para os professores, as crianças encontram-se num nível “anormal”, ao contrário dos pais que consideram que as crianças se encontram num nível “normal”. Todas as categorias apresentadas (normal, limítrofe, anormal) encontram-se aferidas para a população portuguesa, como podemos observar no quadro 10.

Quadro 10 – Valores de categorização das subescalas do SDQ validados para a população portuguesa

	Normal		Limítrofe		Anormal	
	Prof.	Pais	Prof.	Pais	Prof.	Pais
Sintomas Emocionais	0-4	0-3	5	4	6-10	5-10
Problemas de Comportamento	0-2	0-2	3	3	4-10	4-10
Hiperatividade	0-5	0-5	6	6	7-10	7-10
Problemas de Relacionamento com os Colegas	0-3	0-2	4	3	5-10	4-10
Comportamento Pró-Social	6-10	6-10	5	5	0-4	0-4

Avaliação Inicial e Final dos Professores – Grupo 1

Neste ponto serão apresentados todos os dados do SDQ dos professores obtidos através da avaliação inicial e final das 9 crianças do grupo. Serão apresentadas todas as subescalas e o total de dificuldades, realizando-se uma comparação entre os valores iniciais e os valores finais.

No gráfico abaixo podemos verificar os valores da subescala dos Sintomas Emocionais.

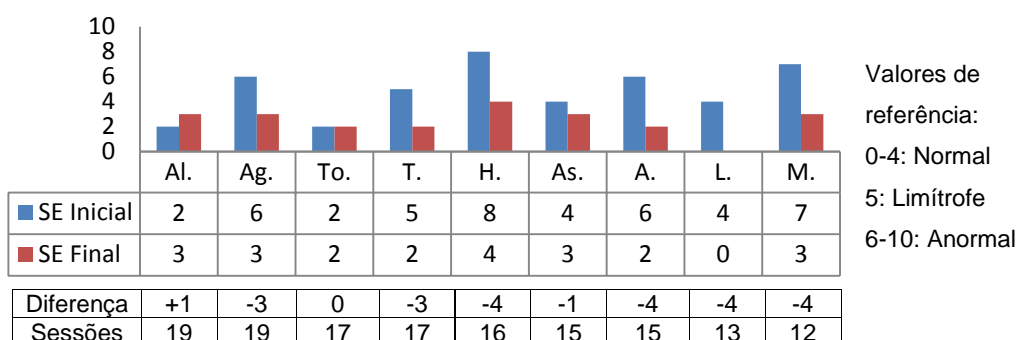


Gráfico 30: Avaliação inicial e final dos professores da subescala dos Sintomas Emocionais do SDQ – Grupo 1

Analisando o gráfico 30 podemos verificar que, segundo os professores, antes da intervenção 4 crianças apresentaram valores “normais” (Al., To., As., L.), 1 apresentou valores “limítrofes” (T.) e 4 apresentaram valores “anormais” (Ag., H., A., M.). Após a intervenção todas as crianças apresentaram valores de nível “normal”, verificando-se uma melhoria dos resultados.

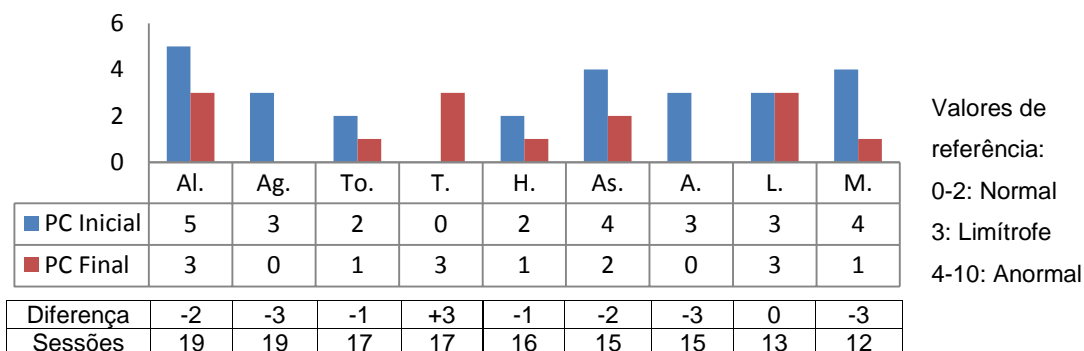


Gráfico 31: Avaliação inicial e final dos professores da subescala dos Problemas de Comportamento do SDQ – Grupo 1

Como é possível observar no gráfico 31, que contem os resultados da subescala dos problemas de comportamento, na avaliação inicial 3 crianças encontravam-se no nível “normal” (To., T., H.), 3 no nível “limítrofe” (Ag., A., L.) e 3 no nível “anormal” (Al., As., M.). Após a intervenção 6 crianças apresentaram resultados de nível “normal” (Ag., To., H., As., A., M.) e 3 de nível “limítrofe” (Al., T., L.), o que representa uma melhoria dos resultados após a intervenção. No entanto, é importante salientar que o T. passou de resultados de nível “normal” para resultados de nível “limítrofe”, sendo a única criança a apresentar resultados piores após a intervenção.

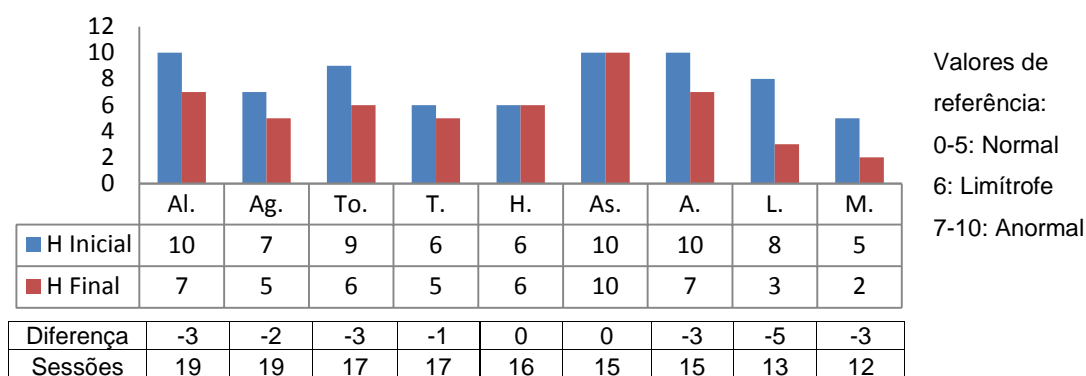


Gráfico 32: Avaliação inicial e final dos professores da subescala da Hiperatividade do SDQ – Grupo 1

Analisando o gráfico 32, representativo da subescala da hiperatividade, verifica-se que antes da intervenção apenas 1 criança se encontrava no nível “normal”(M.), 2 no nível “limítrofe” (T., H.) e 6 no nível “anormal” (Al., Ag., To., As., A., L.). Após a intervenção, o número de crianças no nível “normal” subiu para 4 (Ag.,T., L., M.), no nível “limítrofe” mantiveram-se as 2 crianças (To., H.) e no nível “anormal” baixou para 3 o número de crianças (Al., As., A.). Os resultados mostraram-se positivos após a intervenção, sendo importante referir que 2 das crianças que passaram para o nível “normal” tinham inicialmente valores representativos do nível “anormal” (Ag., L.).

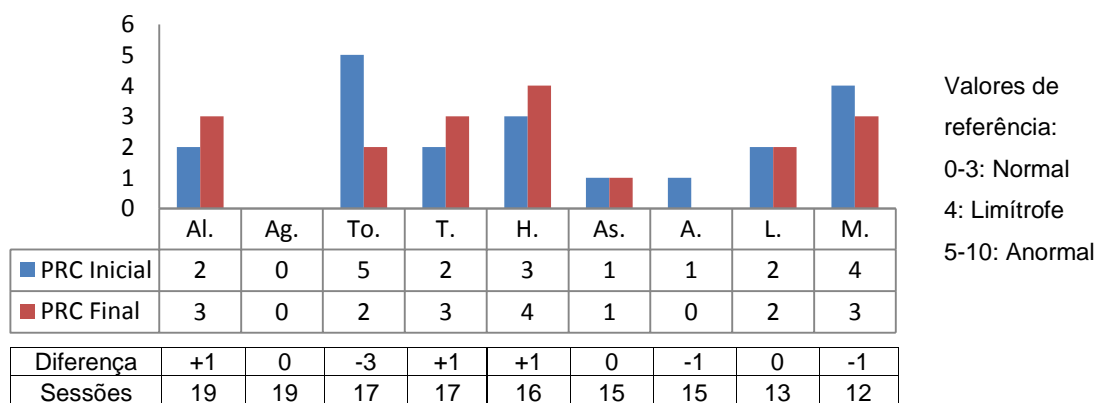


Gráfico 33: Avaliação inicial e final dos professores da subescala dos Problemas de Relacionamento com os Colegas do SDQ – Grupo 1

Analisando o gráfico 33, podemos verificar que, segundo os professores, 3 crianças apresentaram melhorias ao nível de relacionamento com os colegas, 3 apresentaram os mesmos resultados após a intervenção e outras 3 apresentaram piores resultados após a intervenção.

Antes da intervenção 7 crianças apresentavam valores de nível “normal” (Al., Ag., T., H., As., A., L.), 1 de nível “limítrofe” (M.) e outra de nível “anormal” (To.) e, após a intervenção, passaram a ser 8 crianças no nível “normal” (Al., Ag., T., M., As., A., L., To.) e 1 no nível “limítrofe” (H.). De referir que 1 das crianças que estava no nível “normal” após a intervenção, estava inicialmente no nível “anormal”.

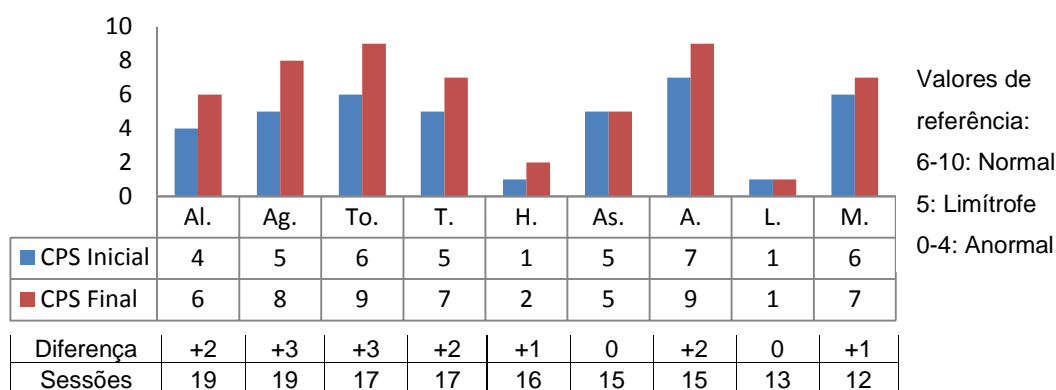


Gráfico 34: Avaliação inicial e final dos professores da subescala do Comportamento Pró-Social do SDQ – Grupo 1

Como é possível observar no gráfico 34, segundo os professores, antes da intervenção 3 crianças apresentaram valores “normais” (To., A., M.), 3 apresentaram valores “limítrofes” (Ag., T., As.) e 3 apresentaram valores “anormais” (Al., H., L.). Após a intervenção, 7 crianças melhoraram os seus resultados e 2 mantiveram-nos, perfazendo um total de 6 crianças no nível “normal” (Al., Ag., To., T., A., M.), 1 criança no nível limítrofe (As.) e 2 crianças no nível “anormal” (H., L.), o que representa melhores resultados após a intervenção.

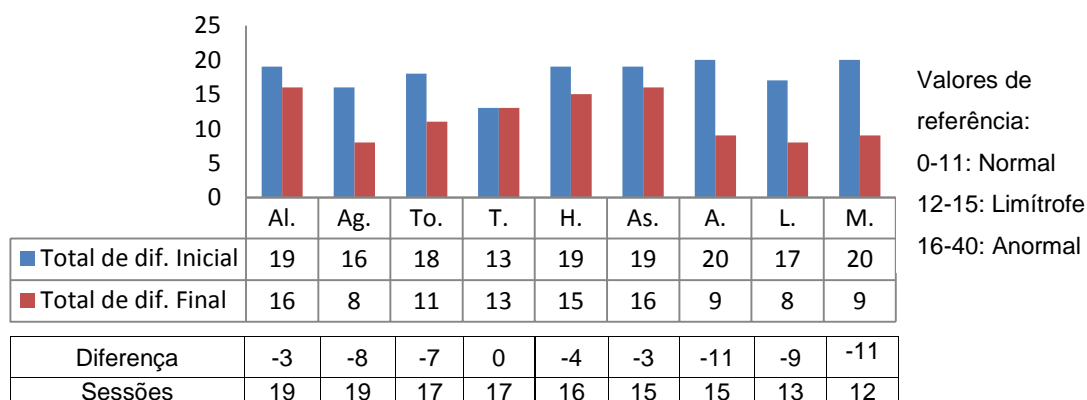


Gráfico 35: Avaliação inicial e final dos professores do Total de Dificuldades do SDQ – Grupo 1

Analisando o gráfico 35, podemos verificar que, segundo os professores, 8 crianças apresentaram melhores resultados após a intervenção, sendo que apenas 1 manteve os valores iniciais. Antes da intervenção 8 crianças apresentavam valores de nível “anormal” (Al., Ag., To., H., As., A., L., M.) e 1 de nível “limítrofe” (T.) e, após a intervenção, passaram a ser 5 crianças no nível “normal” (Ag., To., M., A., L.), 2 no nível “limítrofe” (T., H.) e 2 no nível “anormal” (Al., As.). Estes resultados evidenciam uma melhoria significativa das crianças após a intervenção.

Avaliação Inicial e Final dos Pais – Grupo 1

Neste ponto apenas será abordada a avaliação de 7 crianças, visto não ter sido possível obter a avaliação final dos pais do L. e do H.

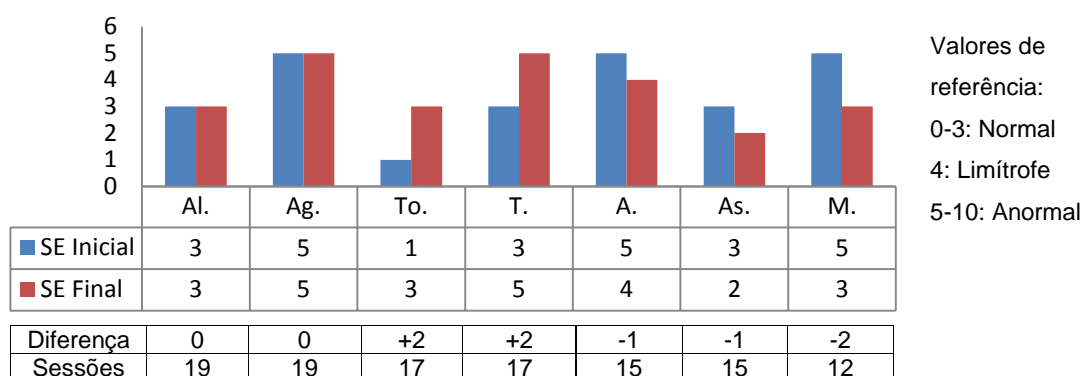


Gráfico 36: Avaliação inicial e final dos pais da subescala dos Sintomas Emocionais do SDQ – Grupo 1

Analisando o gráfico 36, referente à subescala dos sintomas emocionais, podemos verificar que, segundo os pais, antes da intervenção 4 crianças apresentaram valores “normais” (Al., To., As., T.) e 3 apresentaram valores “anormais” (Ag., A., M.). Após a intervenção 2 crianças pioraram, 3 melhoraram e 2 mantiveram os resultados iniciais, perfazendo um total de 4 crianças no nível “normal” (Al., To., As., M.), 1 no nível “limítrofe” (A.) e 2 no nível “anormal” (Ag., T.).

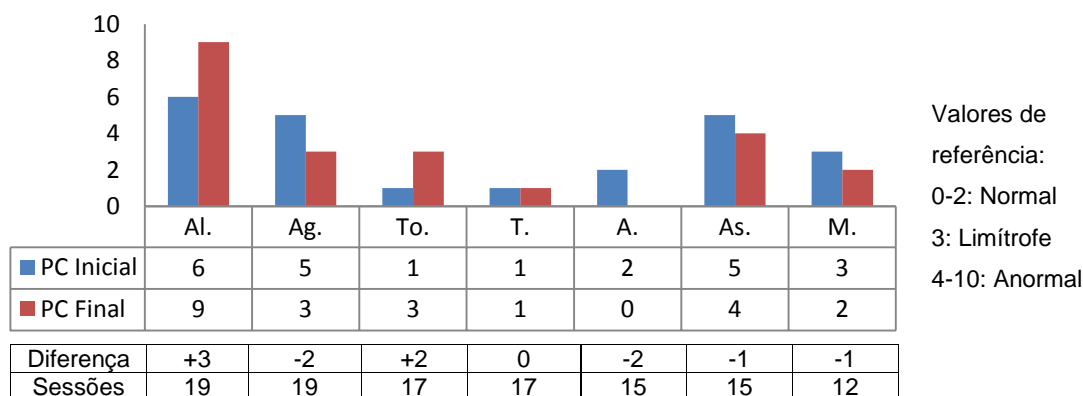


Gráfico 37: Avaliação inicial e final dos pais da subescala dos Problemas de Comportamento do SDQ – Grupo 1

Como é possível observar no gráfico 37, que contem os resultados da subescala dos problemas de comportamento, na avaliação inicial 3 crianças encontravam-se no nível “normal” (To., T., A.), 1 no nível “limítrofe” (M.) e 3 no nível “anormal” (Al., As., Ag.). Após a intervenção 2 crianças pioraram, 4 melhoraram e 1 manteve os resultados iniciais, perfazendo um total de 3 crianças no nível “normal” (T., A., M.), 2 no nível “limítrofe” (Ag., To.) e 2 no nível “anormal” (Al., T.).

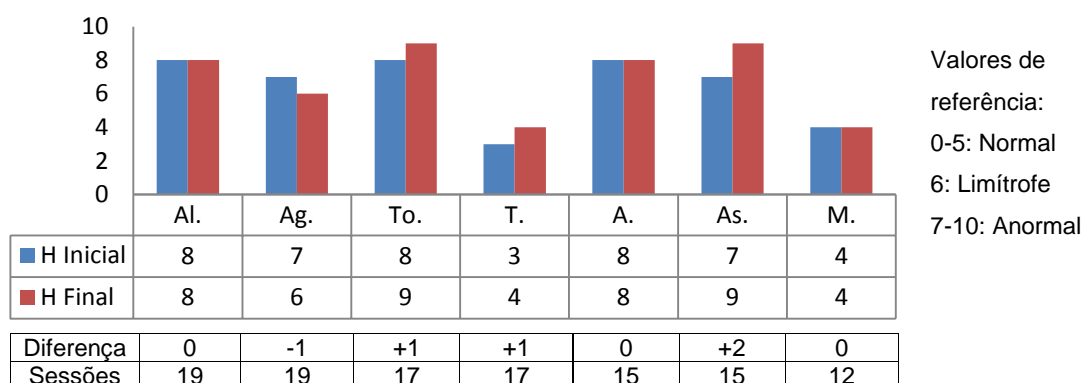


Gráfico 38: Avaliação inicial e final dos pais da subescala da Hiperatividade do SDQ – Grupo 1

Analisando o gráfico 38, representativo da subescala da hiperatividade, verifica-se que antes da intervenção apenas 2 crianças se encontravam no nível “normal” (T., M.) e 5 no nível “anormal” (Al., Ag., To., As., A.). Após a intervenção, o número de crianças no nível “normal” manteve-se (T., M.), no nível “limítrofe” passou a existir 1 criança (Ag.) e no nível “anormal” baixou para 4 o número de crianças (Al., To., As., A.). Apesar do número de crianças no nível “anormal” ter diminuído, houve três crianças que pioraram os seus resultados, o que mostra que não existiu melhorias no grupo.

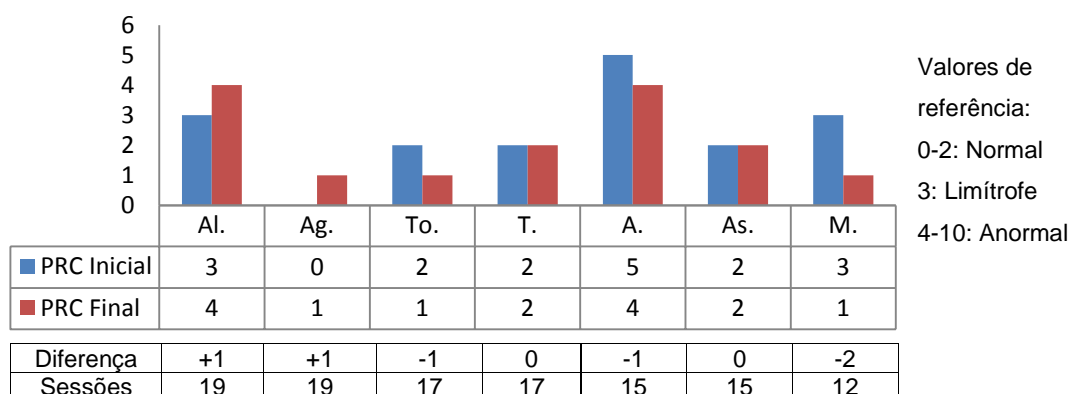


Gráfico 39: Avaliação inicial e final dos pais da subescala dos Problemas de Relacionamento com os Colegas do SDQ – Grupo 1

Analisando o gráfico 39, podemos verificar que, segundo os pais, 3 crianças apresentaram melhorias ao nível de relacionamento com os colegas, 2 apresentaram os mesmos resultados após a intervenção e outras 2 apresentaram piores resultados após a intervenção. Antes da intervenção, 4 crianças apresentavam valores de nível “normal” (Ag., To., T., As.), 2 de nível “limítrofe” (M., Al.) e 1 de nível “anormal” (A.) e, após a intervenção, passaram a ser 5 crianças no nível “normal” (Ag., T., M., As., To.) e 2 no nível “anormal” (Al., A.), aumentando assim o número de crianças neste nível.

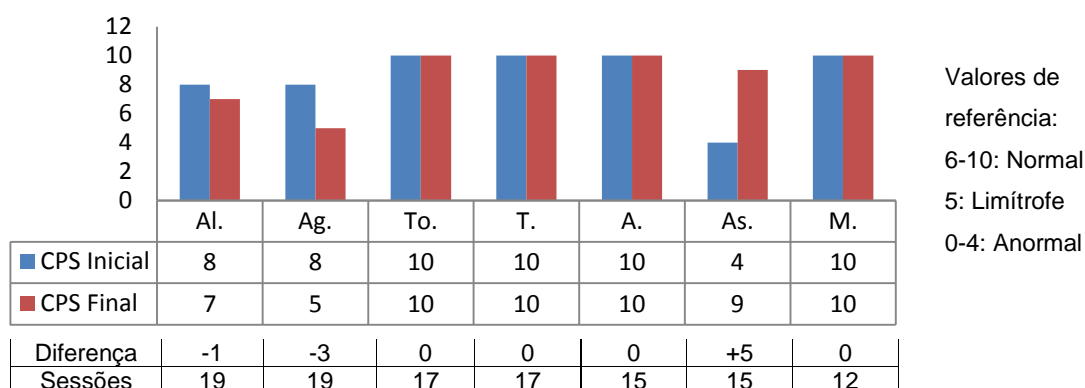


Gráfico 40: Avaliação inicial e final dos pais da subescala do Comportamento Pró-Social do SDQ – Grupo 1

Como é possível observar no gráfico 40, segundo os pais, antes da intervenção 6 crianças apresentaram valores “normais” (Al., Ag., To., T., A., M.) e 1 apresentou valores “anormais” (As.). Após a intervenção, 2 crianças pioraram os seus resultados, 4 mantiveram-nos e 1 melhorou-os, perfazendo um total de 6 crianças no nível “normal” (Al., As., To., T., A., M.) e 1 criança no nível “limítrofe” (Ag.). De salientar que uma das crianças que se encontrava inicialmente no nível “anormal” (As.), após a intervenção apresentou resultados de nível “normal”.

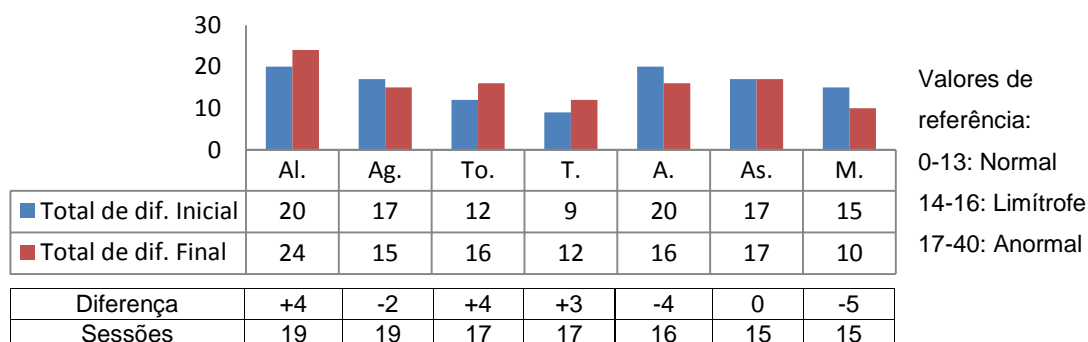


Gráfico 41: Avaliação inicial e final dos pais do Total de Dificuldades do SDQ – Grupo 1

Analisando o gráfico 41, referente ao total de dificuldades, podemos verificar que, segundo os pais, antes da intervenção 2 crianças apresentaram valores “normais” (To., T.), 1 apresentou valores “limítrofes” (M.) e 4 apresentaram valores “anormais” (Al., Ag., A., As.). Após a intervenção, 3 crianças pioraram os seus resultados, 1 manteve e 3 melhoraram, perfazendo um total de 2 crianças no nível “normal” (T., M.), 3 crianças no nível “limítrofe” (Ag., To., A.) e 2 crianças no nível “anormal” (Al., As.). Estes resultados mostram, tendo em conta o grupo no geral, a existência de ligeiras melhorias após a intervenção.

Avaliação do Impacto do Programa

Nesta avaliação serão apresentadas as apreciações das 9 crianças sobre a intervenção. No que respeita à utilidade da intervenção, todas as crianças consideraram que as sessões foram “giras e úteis”, e todas gostaram “muito” das sessões. Dos quatro momentos distintos da sessão, as crianças mostraram a sua preferência pelas atividades, principalmente as que envolviam o trabalho em equipa, e pela relaxação, sendo o diálogo inicial e final os momentos menos apreciados. No que

respeita às aprendizagens efetuadas durante a intervenção, podemos observar as percepções das crianças face às mesmas no gráfico 42.

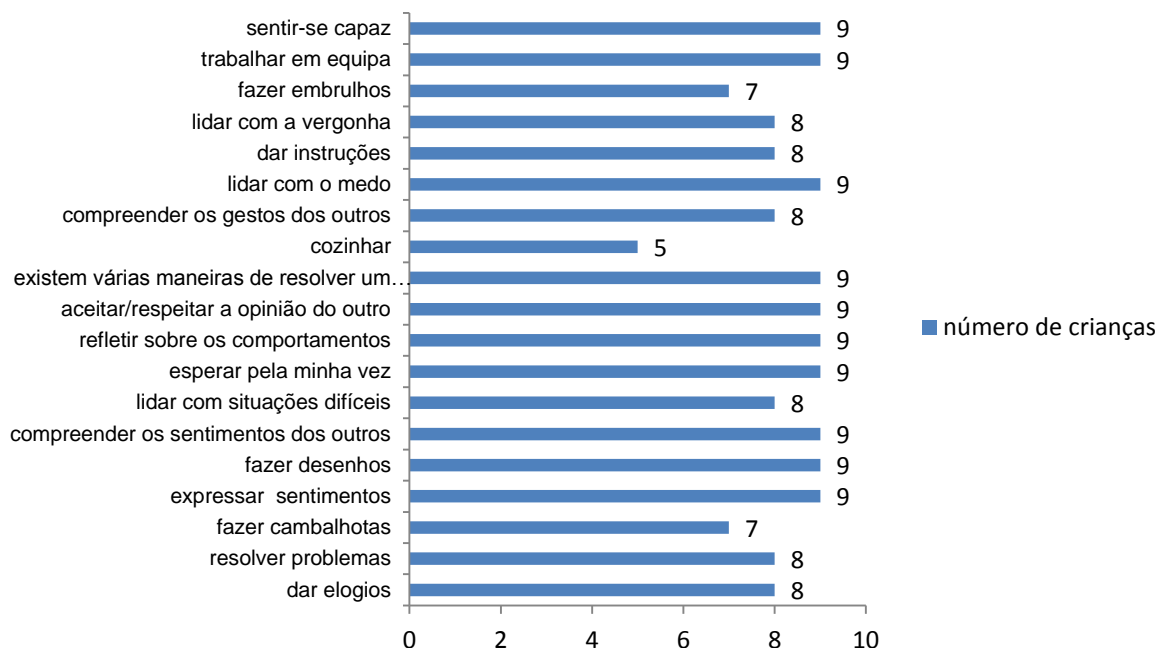


Gráfico 42: Percepção das crianças sobre as aprendizagens adquiridas após a intervenção – Grupo 1

Como se pode analisar no gráfico 42, as crianças selecionaram como principais aprendizagens adquiridas o “sentir-se capaz”, o “trabalhar em equipa”, o “lidar com o medo”, a capacidade de compreender que “existem várias formas de resolver um problema”, o “aceitar e respeitar a opinião do outro”, o “refletir sobre os seus comportamentos”, o “esperar pela vez”, o “compreender os sentimentos dos outros” e o “expressar sentimentos”. Podemos verificar ainda que algumas das variáveis “parasitas”, como o aprender a “fazer embrulhos” e a “fazer desenhos”, foram largamente selecionadas, possivelmente porque as crianças pensaram em assinalar o que sabiam fazer e não o que aprenderam nas sessões.

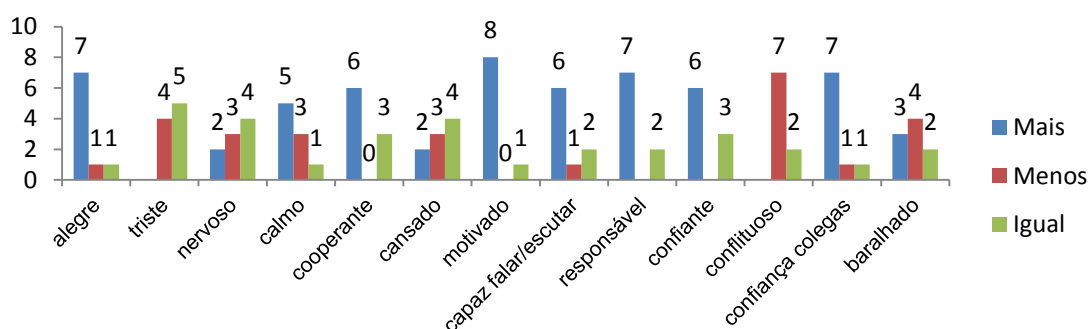


Gráfico 43: Percepção das crianças das suas evoluções emocionais e comportamentais após a intervenção – Grupo 1

Analisando o gráfico 43, pode-se verificar que após a intervenção a maioria das crianças sentiram-se mais alegres, cooperantes, motivadas, responsáveis, capazes de falar e escutar os outros e com uma maior confiança em si e nos outros. De salientar ainda que a maioria das crianças se sentiu menos nervosa e conflituosa após a intervenção.

3.7.3. Psicomotricidade na Escola E.B.1 de Caselas – Grupo 4

De seguida encontram-se os resultados da avaliação inicial e final, das crianças do grupo 4 da Psicomotricidade na escola, obtidos através do SDQ preenchido pelo professor, pelos pais e pelas crianças. Os resultados obtidos permitiram definir os objetivos a serem trabalhados durante as sessões. No gráfico 44 podemos verificar os valores médios, das cinco subescalas do SDQ, do grupo inicial.

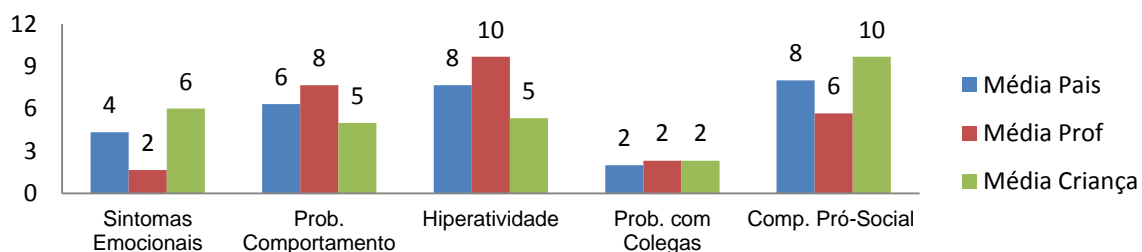


Gráfico 44: Valores médios iniciais do grupo obtidos pelos SDQ's dos professores, dos pais e das crianças – Grupo 4

Como se pode observar no gráfico 44, as únicas subescalas que se encontram dentro da normalidade (ver quadro 11) para as três avaliações são a dos problemas de relacionamento com os colegas e a do comportamento pró-social. Ao nível da subescala dos sintomas emocionais pode-se verificar que tanto os pais como as crianças atribuem valores de nível "limítrofe", enquanto o professor avalia as crianças no nível "normal".

Na subescala dos problemas de comportamento, podemos verificar que todos avaliam as crianças num nível "anormal". Por último, na subescala da hiperatividade, verifica-se que para os pais e para o professor, as crianças encontram-se no nível "anormal", ao contrário das mesmas que se consideram no nível "normal". Torna-se claro, através da observação do gráfico 44, que as crianças sobrevalorizaram os problemas de internalização (sintomas emocionais) comparativamente com as outras fontes, enquanto os pais e os professores sobrevalorizaram os problemas de externalização (problemas de comportamento e hiperatividade).

Todas as categorias apresentadas (normal, limítrofe, anormal) encontram-se aferidas para a população portuguesa, como podemos observar no quadro 11.

Quadro 11 – Valores de categorização das subescalas do SDQ validados para a população portuguesa

	Normal			Limítrofe			Anormal		
	Prof.	Pais	Criança	Prof.	Pais	Criança	Prof.	Pais	Criança
Sintomas Emocionais	0-4	0-3	0-5	5	4	6	6-10	5-10	7-10
Problemas de Comportamento	0-2	0-2	0-3	3	3	4	4-10	4-10	5-10
Hiperatividade	0-5	0-5	0-5	6	6	6	7-10	7-10	7-10
Problemas de Relacionamento com os Colegas	0-3	0-2	0-3	4	3	4-5	5-10	4-10	6-10
Comportamento Pró-Social	6-10	6-10	6-10	5	5	5	0-4	0-4	0-4

Avaliação Inicial e Final do Professor

Neste ponto serão apresentados todos os dados obtidos pelo SDQ, através da avaliação inicial e final, do professor. Serão apresentadas todas as subescalas e o total de dificuldades, realizando-se uma comparação entre os valores iniciais e os valores finais. No gráfico abaixo podemos observar os valores da subescala dos Sintomas Emocionais.

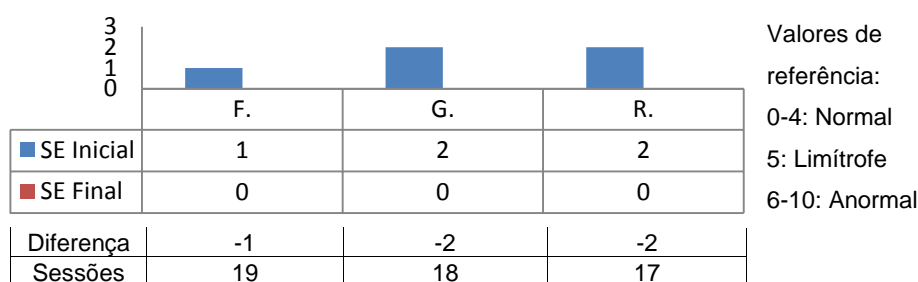


Gráfico 45: Avaliação inicial e final do professor da subescala dos Sintomas Emocionais do SDQ – Grupo 4

Analisando o gráfico 45 podemos verificar que, segundo o professor, antes e após da intervenção todas as crianças apresentaram valores “normais”. Podemos ainda observar que, apesar de se manterem no mesmo nível, as crianças apresentaram melhorias nos resultados.

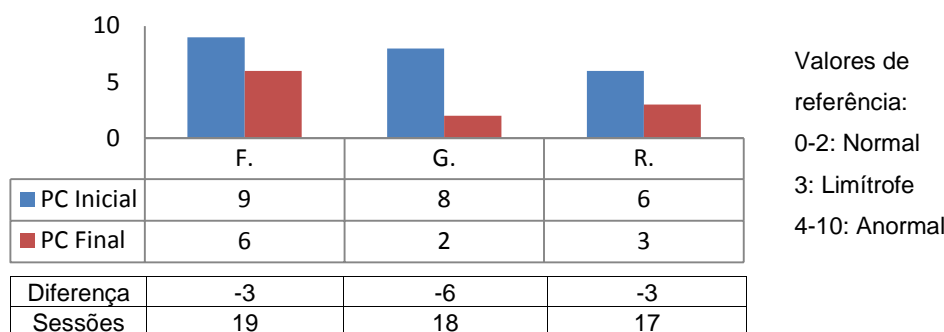


Gráfico 46: Avaliação inicial e final do professor da subescala dos Problemas de Comportamento do SDQ – Grupo 4

Relativamente à subescala dos problemas de comportamento, é possível observar no gráfico 46 que, na avaliação inicial todas as crianças apresentaram valores de nível “anormal”. Após a intervenção, o F. manteve-se no nível “anormal”, o G. passou para o nível “normal” e o R. apresentou valores de nível “limítrofe”. No entanto, e independentemente de se manterem ou não no mesmo nível, é importante salientar que todas as crianças apresentaram melhores resultados após a intervenção.

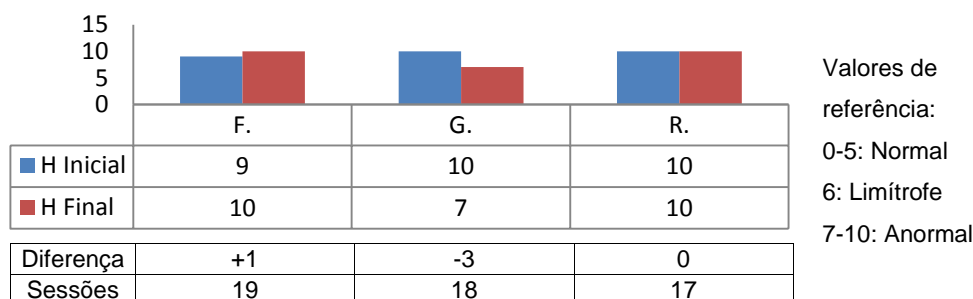


Gráfico 47: Avaliação inicial e final do professor da subescala da Hiperatividade do SDQ – Grupo 4

Como é possível observar no gráfico 47, representativo da subescala da hiperatividade, na avaliação inicial todas as crianças apresentaram valores de nível “anormal”. Após a

intervenção, todas as crianças mantiveram-se no nível “anormal”, tendo o R. mantido os seus valores, o G. melhorado ligeiramente e o F. aumentado.

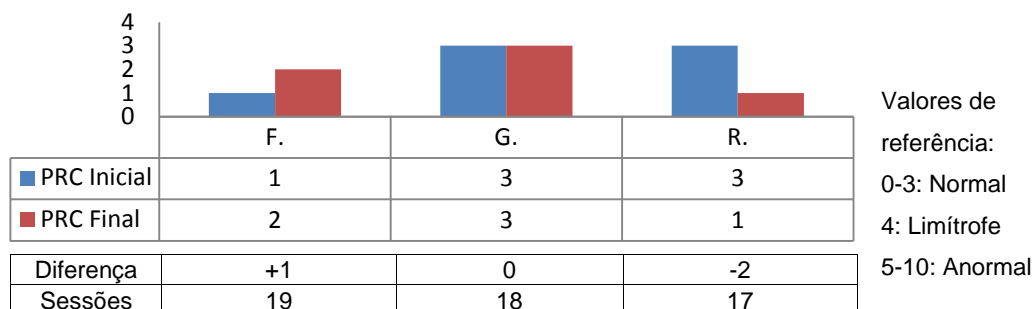


Gráfico 48: Avaliação inicial e final do professor da subescala dos Problemas de Relacionamento com os Colegas do SDQ – Grupo 4

Analisando o gráfico 48, representativo da subescala dos problemas de relacionamento com os colegas, na avaliação inicial e final todas as crianças apresentaram valores de nível “normal”, tendo existido pequenas oscilações nos resultados do F. e do R.

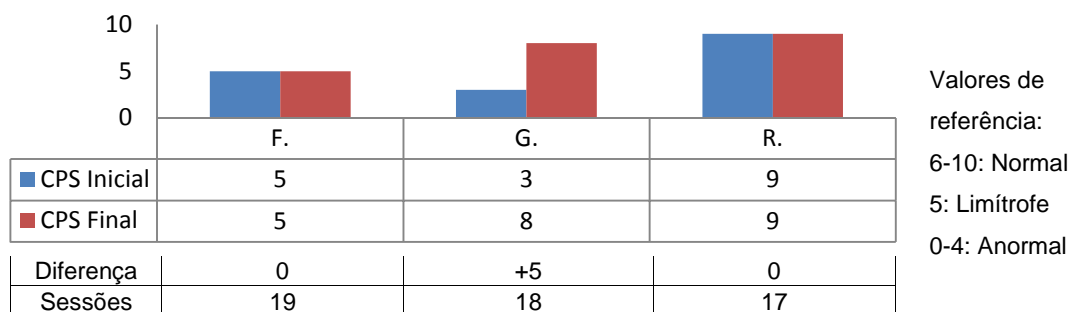


Gráfico 49: Avaliação inicial e final do professor da subescala do Comportamento Pró-Social do SDQ – Grupo 4

Segundo os dados do gráfico 49, representativo da subescala do comportamento pró-social, podemos verificar que na avaliação inicial o F. apresentava valores de nível “limítrofe”, o G. apresentava valores de nível “anormal” e o R. valores de nível “normal”. Após a intervenção, o F. e o R. mantiveram os seus valores e o G. apresentou uma melhoria, passando do nível “anormal” para o nível “normal”.

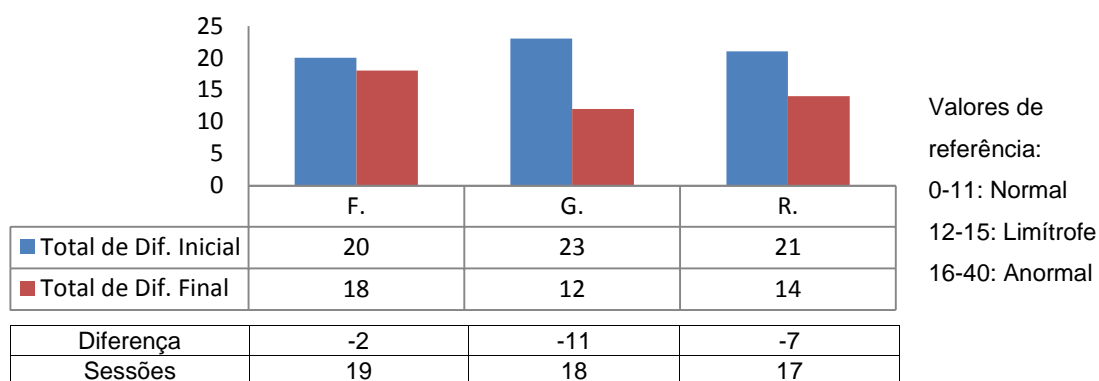


Gráfico 50: Avaliação inicial e final do professor do Total de Dificuldades do SDQ – Grupo 4

Através da análise do gráfico 50, podemos inferir que na avaliação inicial todas as crianças apresentavam valores de nível “anormal”. Após a intervenção, o F. manteve-se no nível “anormal”, embora com uma ligeira melhoria dos resultados, enquanto o G. e o R. passaram para o nível “limítrofe”, com uma melhoria dos seus resultados.

Avaliação Inicial e Final dos Pais

Neste ponto serão apresentados todos os resultados, das várias subescalas do SDQ, referentes à avaliação inicial e final dos pais.

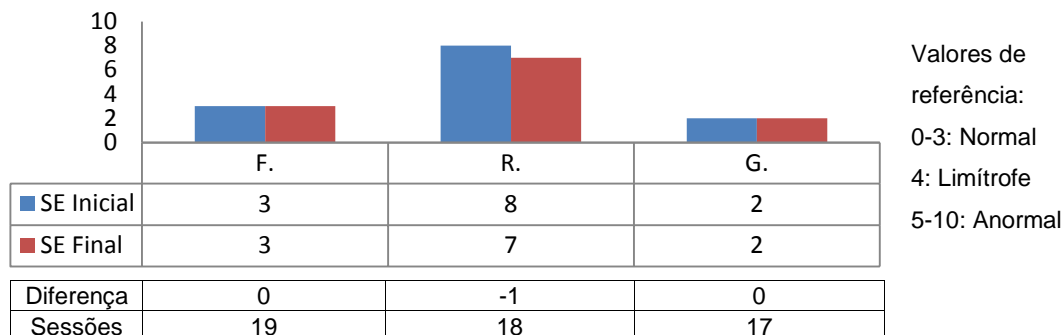


Gráfico 51: Avaliação inicial e final dos pais da subescala dos Sintomas Emocionais do SDQ – Grupo 4

Analisando o gráfico 51 podemos verificar que na avaliação inicial o F. e o G. apresentaram resultados de nível “normal”, enquanto o R. apresentou valores de nível “anormal”. Após a intervenção, os valores mantiveram-se dentro dos mesmos níveis.

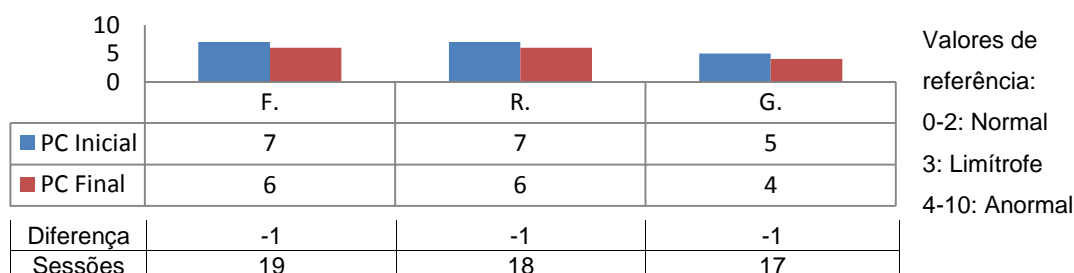


Gráfico 52: Avaliação inicial e final dos pais da subescala dos Problemas de Comportamento do SDQ – Grupo 4

Relativamente à subescala dos problemas de comportamento, é possível observar no gráfico 52 que, tanto na avaliação inicial como na final, todas as crianças apresentaram valores de nível “anormal”, evidenciando mínimas alterações nos valores de referência após a intervenção.

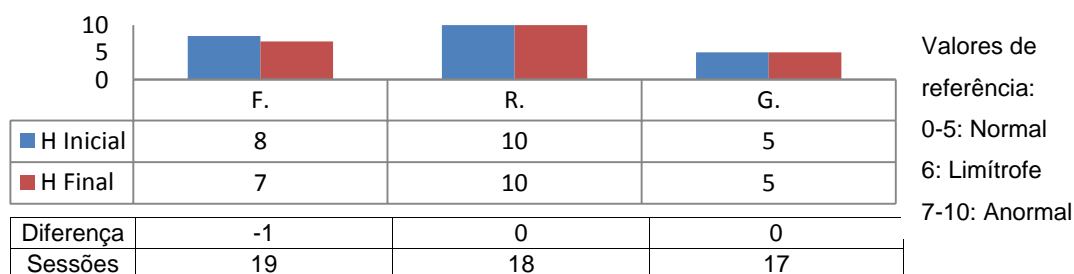


Gráfico 53: Avaliação inicial e final dos pais da subescala da Hiperatividade do SDQ – Grupo 4

Como é possível observar no gráfico 53, representativo da subescala da hiperatividade, na avaliação inicial o F. e o R. apresentaram valores de nível “anormal”, enquanto o G. apresentou valores de nível “normal”. Após a intervenção, o R. e o G. mantiveram os seus valores, e o F. diminuiu em 1 ponto os seus, mantendo-se no entanto no mesmo nível.

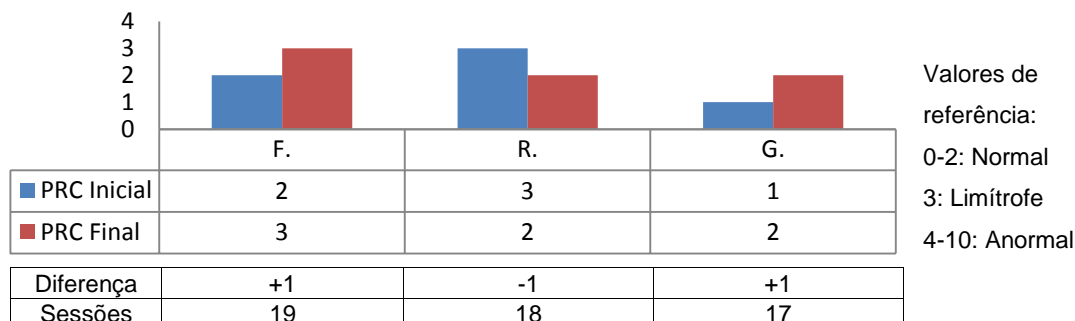


Gráfico 54: Avaliação inicial e final dos pais da subescala dos Problemas de Relacionamento com os Colegas do SDQ – Grupo 4

Analisando o gráfico 54, representativo da subescala dos problemas de relacionamento com os colegas, na avaliação inicial o F. e o G. apresentaram valores de nível “normal”, enquanto o R. apresentou valores de nível “limitrofe”. Após a intervenção, o G. manteve-se no nível “normal”, embora tenha aumentado um ponto nos seus valores, o R. baixou um ponto nos seus resultados passando do nível “limitrofe” para o nível “normal”, e o F. passou do nível “normal” para o nível “limitrofe”, através da soma de um ponto aos seus valores.

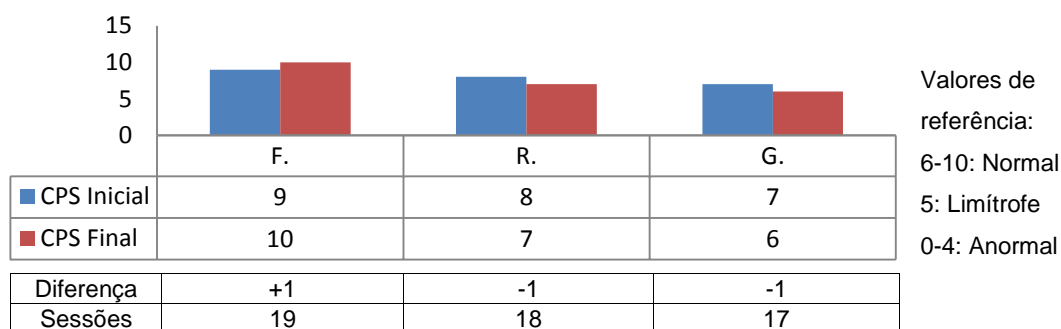


Gráfico 55: Avaliação inicial e final dos pais da subescala do Comportamento Pró-Social do SDQ – Grupo 4

Segundo os dados do gráfico 55, representativo da subescala do comportamento pró-social, podemos verificar que todas as crianças apresentaram valores de nível “normal”, antes e após a intervenção, tendo existido pequenas oscilações dos resultados.

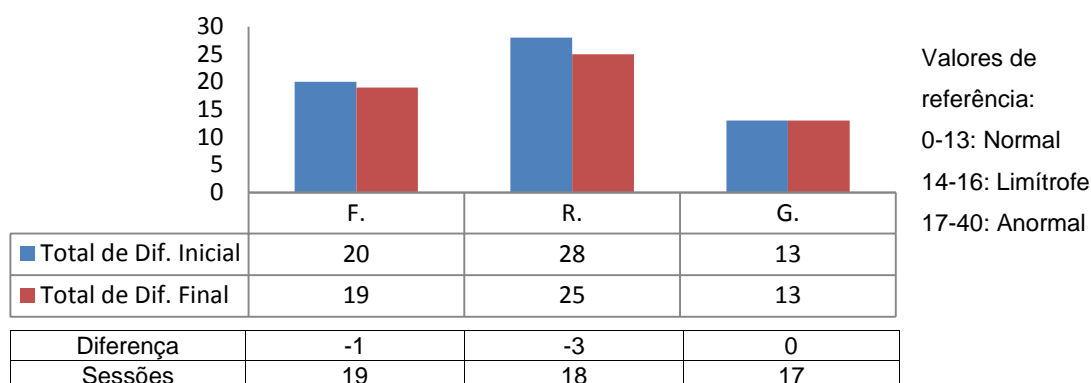


Gráfico 56: Avaliação inicial e final dos pais da subescala do Total de Dificuldades do SDQ – Grupo 4

Através da análise do gráfico 56, podemos inferir que na avaliação inicial o F. e o R. apresentaram valores de nível “anormal”, enquanto o G. apresentou valores de nível “normal”. Após a intervenção, o G. manteve os seus valores e, consequentemente, o nível em que se encontrava antes da intervenção. O F. e o R., apesar de terem baixado os seus valores, mantiveram-se no nível “anormal” após a intervenção.

Avaliação Inicial e Final das Crianças

Neste ponto serão apresentados todos os dados da avaliação inicial e final segundo as crianças. Serão apresentadas todas as subescalas e o total de dificuldades, realizando-se uma comparação entre os valores iniciais e os valores finais.

No gráfico abaixo podemos observar os valores da subescala dos sintomas emocionais.

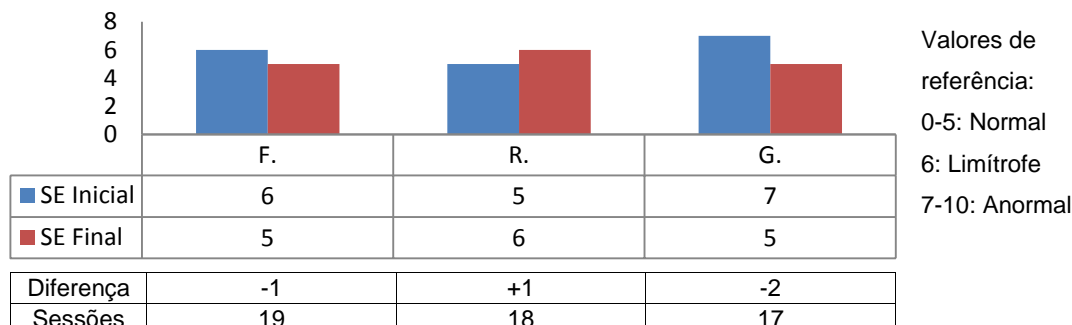


Gráfico 57: Avaliação inicial e final das crianças da subescala dos Sintomas Emocionais do SDQ – Grupo 4

Analisando o gráfico 57 podemos verificar que, antes da intervenção, cada criança se avaliou num nível diferente, ou seja, o F. apresentou valores de nível “limítrofe”, o R. apresentou resultados de nível “normal” e o G. apresentou valores de nível “anormal”. Após a intervenção, o G. e o F. melhoraram os seus resultados, passando a apresentar valores de nível “normal”, enquanto o R. piorou em um ponto os seus resultados, passando do nível “normal” para o nível “limítrofe”.

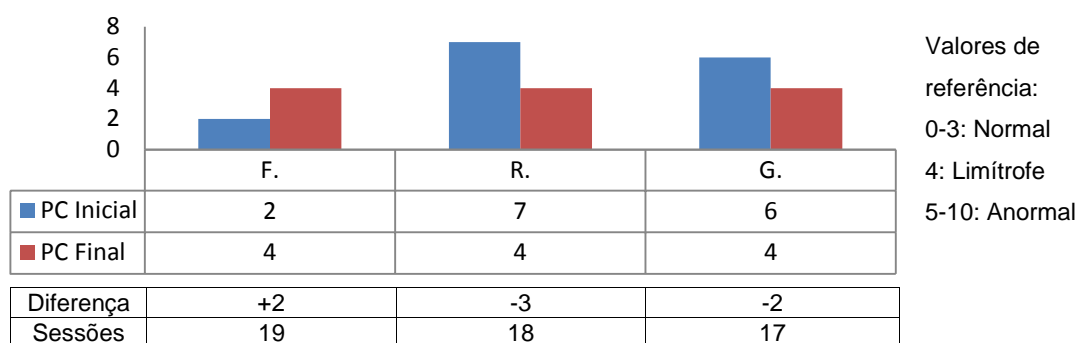


Gráfico 58: Avaliação inicial e final das crianças da subescala dos Problemas de Comportamento do SDQ – Grupo 4

Segundo a autoavaliação da subescala dos problemas de comportamento, é possível observar no gráfico 58 que, na avaliação inicial o F. apresentava valores “normais”, enquanto o R. e o G. apresentavam valores “anormais”. Após a intervenção, o R. e o G. melhoraram os seus resultados passando para o nível “limítrofe”, ao contrário do F. que apresentou piores resultados passando do nível “normal” para o nível “limítrofe”

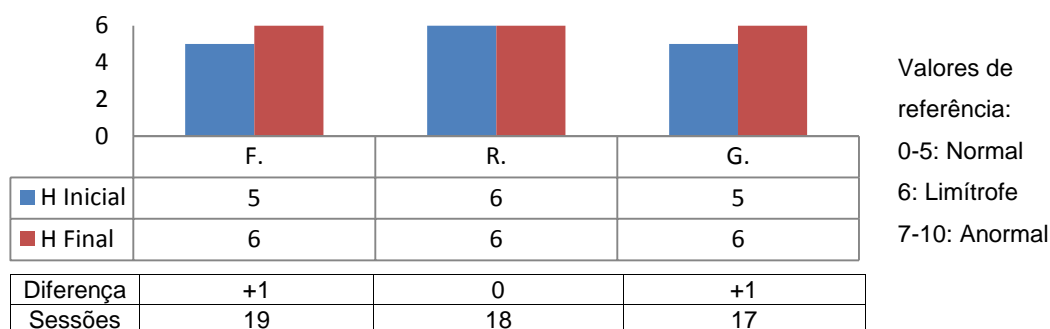


Gráfico 59: Avaliação inicial e final das crianças da subescala da Hiperatividade do SDQ – Grupo 4

Como é possível observar no gráfico 59, representativo da subescala da hiperatividade, na avaliação inicial o F. e o G. apresentaram valores “normais”, enquanto o R. apresentou valores de nível “limítrofe”. Após a intervenção, todas as crianças apresentaram resultados de nível “limítrofe”.

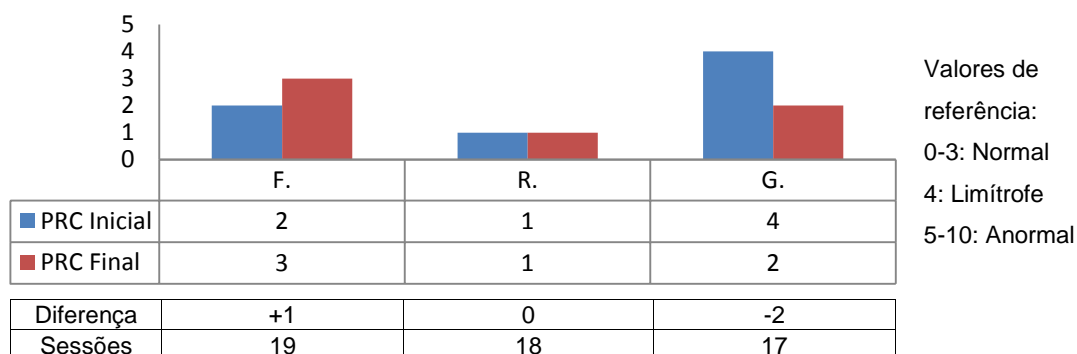


Gráfico 60: Avaliação inicial e final das crianças da subescala dos Problemas de Relacionamento com os Colegas do SDQ – Grupo 4

Analisando o gráfico 60, representativo da subescala dos problemas de relacionamento com os colegas, na avaliação inicial o F. e o R. apresentaram valores “normais”, enquanto o G. apresentou valores de nível “limítrofe”. Após a intervenção, todas as crianças apresentaram resultados “normais”, apesar de terem existido algumas oscilações nos valores apresentados inicialmente.

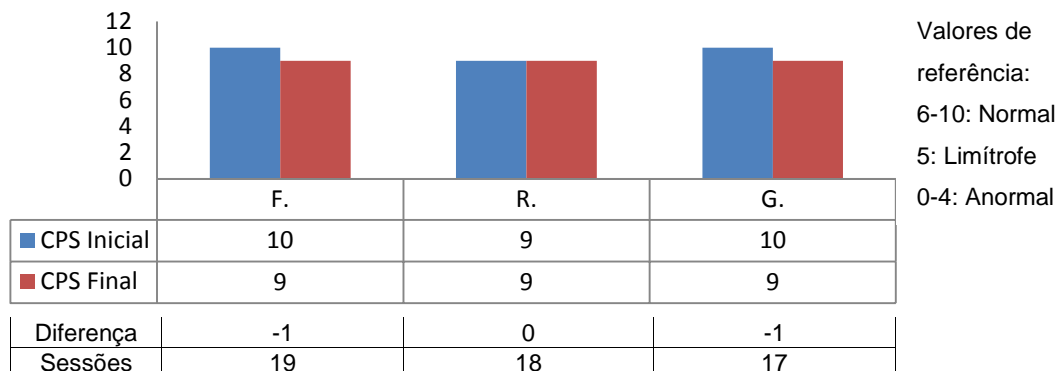


Gráfico 61: Avaliação inicial e final das crianças da subescala do Comportamento Pró-Social do SDQ – Grupo 4

Segundo os dados do gráfico 61, representativo da subescala do comportamento pró-social, podemos verificar que, tanto na avaliação inicial como na avaliação final, todas as crianças obtiveram valores de nível “normal”, apesar de se observarem pequenas mudanças nos valores após a intervenção.

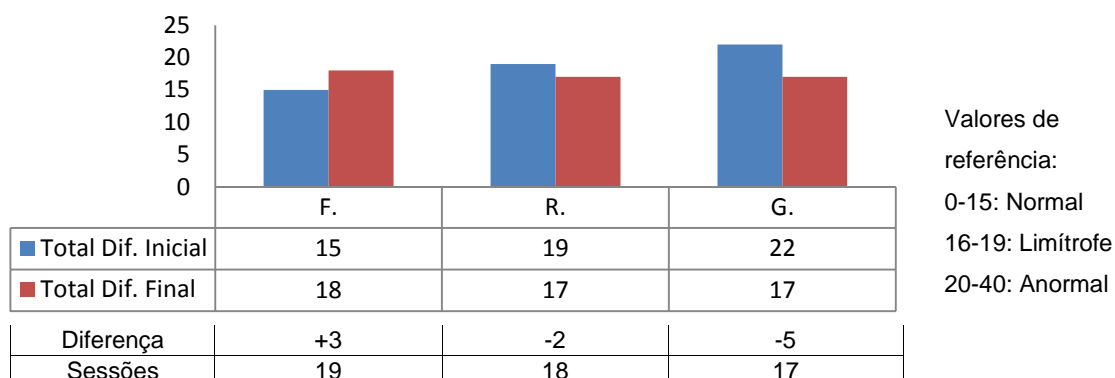


Gráfico 62: Avaliação inicial e final das crianças do Total de Dificuldades do SDQ – Grupo 4

Através da análise do gráfico 62 podemos verificar que, na avaliação inicial, o F. apresentou valores “normais”, o R. apresentou valores de nível “limítrofe” e o G. apresentou valores “anormais”. Após a intervenção, todas as crianças apresentaram resultados de nível “limítrofe”, o que representou a obtenção de melhores resultados, no caso do R. e do G., e piores resultados no caso do F..

Avaliação do Impacto do Programa

Neste ponto serão apresentadas as apreciações, das 3 crianças, sobre a intervenção. No que respeita à utilidade da intervenção, todas as crianças consideraram que as sessões foram “giras e úteis”, e todas gostaram “muito” das sessões. Dos quatro momentos distintos da sessão, o G. e o R. afirmaram ter gostado de todos, enquanto o F. mostrou a sua preferência pelas atividades, que envolviam o trabalho em

equipa, e pela relaxação, seleccionando o diálogo inicial e o diálogo final como momentos menos apreciados.

No que respeita às aprendizagens efetuadas durante a intervenção, podemos observar as percepções das crianças face às mesmas no gráfico 63.

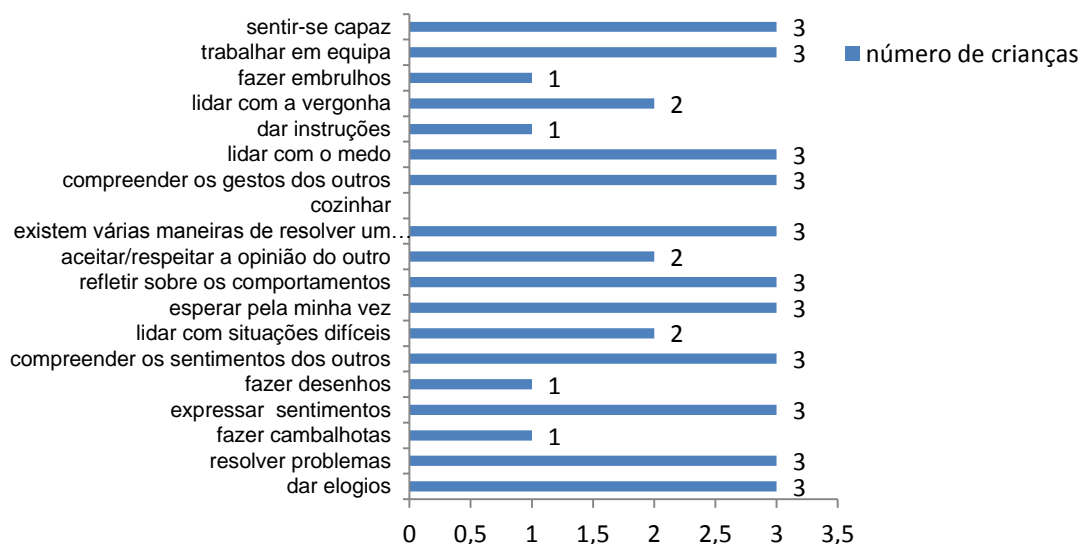


Gráfico 63: Percepção das crianças sobre as aprendizagens adquiridas após a intervenção – Grupo 4

Como se pode analisar no gráfico 63, as crianças selecionaram como principais aprendizagens adquiridas o “sentir-se capaz”, o “trabalhar em equipa”, o “lidar com o medo”, o “compreender os gestos dos outros”, a capacidade de compreender que “existem várias formas de resolver um problema”, o “refletir sobre os seus comportamentos”, o “esperar pela vez”, o “compreender os sentimentos dos outros”, o “expressar sentimentos”, o “resolver problemas” e a competência social “dar elogios”.

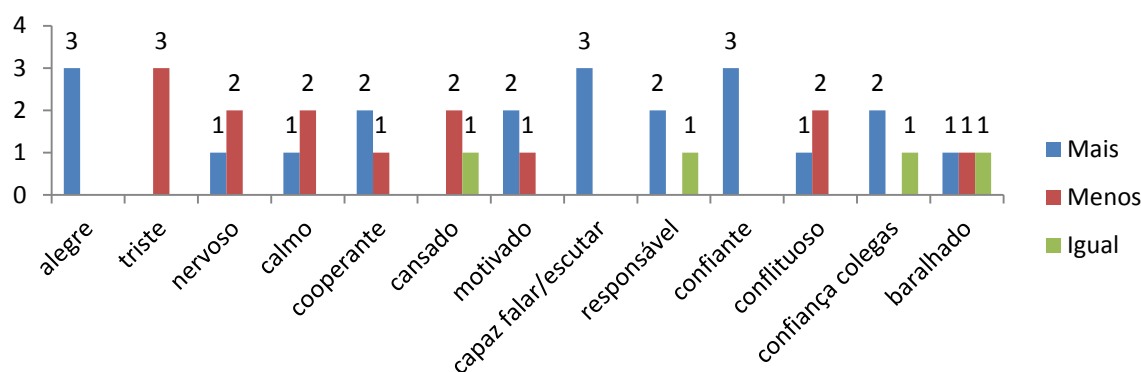


Gráfico 64: Percepção das crianças das suas evoluções emocionais e comportamentais após a intervenção – Grupo 4

Analisando o gráfico 64, pode-se verificar que após a intervenção a maioria das crianças sentiram-se mais alegres, cooperantes, motivadas, responsáveis, capazes de falar e escutar os outros e com uma maior confiança em si e nos outros. Verificamos ainda que a maioria das crianças se sentiu menos triste, nervosa, calma, cansada e conflituosa após a intervenção. Podemos observar, nesta última análise, que as crianças

mencionaram sentir-se menos nervosas e, ao mesmo tempo, menos calmas, mostrando alguma incoerência na sua avaliação.

3.7.4. Centro de Dia São Francisco Xavier

Neste ponto encontram-se os resultados obtidos pelas avaliações, iniciais e finais, dos utentes do CDSFX. Foram contabilizadas para esta análise todas as avaliações de utentes com mais de metade das sessões realizadas, num total de oito utentes.

Na tabela 1 encontram-se os resultados do domínio da orientação.

Sessões		24	23	22	22	21	21	19	13
Utentes		G.	Li.	F.	C.	Ja.	Lu.	Ma.	An.
Orientação	Av. Inicial	6	6	8	8	7	9	6	9
	Av. Final	8	6	8	8	7	9	6	8
	Diferença	+2	0	0	0	0	0	0	-1

Tabela 1: Avaliação inicial e final dos utentes do CDSFX do domínio da Orientação

Neste domínio foram realizadas nove perguntas sobre o ano, o mês, o dia do mês, o dia da semana a estação do ano para além do país, da cidade, do distrito e do local onde se encontravam. Como se pode ver na tabela 1 todos os utentes conseguiram acertar, inicialmente, em pelo menos metade das perguntas, sendo que a maioria acertou em quase todas. Na avaliação final, pode-se dizer que no geral se manteve o número de perguntas respondidas corretamente, com a exceção da G. que acertou em mais duas e da An. que falhou uma.

Sessões	Utentes	Retenção			Evocação		
		Av. Inicial	Av. Final	Diferença	Av. Inicial	Av. Final	Diferença
24	G.	3	3	0	3	3	0
23	Li.	3	3	0	2	2	0
22	F.	3	3	0	3	3	0
22	C.	3	3	0	3	3	0
21	Ja.	3	3	0	3	2	-1
21	Lu.	3	3	0	3	3	0
19	Ma.	3	3	0	2	3	+1
13	An.	3	3	0	2	3	+1

Tabela 2: Avaliação inicial e final da capacidade de Retenção e Evocação dos utentes do CDSFX

Outra área avaliada foi a capacidade de retenção e evocação. Nesta avaliação eram ditas três palavras aos utentes (pera, gato, bola). Após ouvirem as palavras, os utentes teriam que repeti-las imediatamente (capacidade de retenção) e lembrá-las passado um intervalo pré-estabelecido (capacidade de evocação). Por cada palavra que acertassem, nos dois momentos, era cotado 1 ponto. Analisando a tabela 2 podemos ver que, na avaliação inicial e final da capacidade de retenção, todos os utentes acertaram nas três palavras, enquanto que na capacidade de evocação, apenas 5 utentes acertaram em todas as palavras na avaliação inicial e 7 utentes na avaliação final, havendo uma melhoria nos resultados. De salientar que a Ja. foi a única que piorou na capacidade de evocação passando de três palavras corretas para duas.

Saúde Mental e Bem-Estar	Utentes											
	G.			Li.			F.			C.		
Questão	A.I.	A.F.	D.	A.I.	A.F.	D.	A.I.	A.F.	D.	A.I.	A.F.	D.
1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0
2	1	5	+4	3	3	0	1	5	+4	1	5	+4
3	3	2	-1	3	3	0	3	1	-2	3	3	0
4	2	2	0	1	1	0	2	2	0	1	1	0
5	1	1	0	1	1	0	1	2	+1	1	1	0
6	2	2	0	1	1	0	2	2	0	1	1	0
7	2	2	0	2	1	-1	2	2	0	1	1	0
Sessões	24			23			22			22		
	Utentes											
	Ja.			Lu.			Ma.			An.		
Questão	A.I.	A.F.	D.	A.I.	A.F.	D.	A.I.	A.F.	D.	A.I.	A.F.	D.
1	1	1	0	2	1	-1	2	1	-1	1	1	0
2	2	4	+2	2	5	+3	1	5	+4	3	4	+1
3	2	3	+1	2	1	-1	1	3	+2	1	1	0
4	2	2	0	2	2	0	1	1	0	1	1	0
5	2	2	0	1	2	+1	1	1	0	1	1	0
6	1	1	0	1	1	0	2	1	-1	2	2	0
7	1	1	0	1	1	0	1	1	0	2	2	0
Sessões	21			21			19			13		

Tabela 3: Avaliação inicial e final do domínio da Saúde Mental e Bem-Estar dos utentes do CDSFX

Para a avaliação do domínio da saúde mental e bem-estar foram realizadas sete questões.

A primeira consistia em saber se os utentes conseguiam realizar atividades importantes para si, tendo a seguinte cotação: “1 – não; 2 – sim”. Inicialmente seis dos utentes disseram que não e dois responderam que sim. No entanto, na avaliação final todos os utentes responderam que não, apresentando assim piores resultados.

Na segunda pergunta, que pretendia saber como os utentes percecionavam a sua saúde, as respostas poderiam variar entre “1 - fraca; 2 - razoável; 3 – boa; 4 – muito boa; 5 – excelente”. Na avaliação inicial, quatro utentes avaliaram a sua saúde como “fraca”, dois como “razoável”, e os outros dois como “boa”. Na avaliação final observam-se grandes melhorias, uma vez que, cinco dos utentes avaliam a sua saúde como “excelente”, dois como “muito boa” e apenas um como “boa”, deixando assim de haver avaliações negativas.

Com a terceira pergunta pretendia-se saber se os utentes se sentiam sozinhos. Esta podia ser cotada com “1 – muitas vezes; 2 – por vezes; 3 – nunca”. Após a intervenção, os resultados pioraram visto existirem utentes que passaram de “nunca se sentirem sozinhos” para o “sentirem-se muitas vezes sozinhos”.

A quarta pergunta questionava o utente se este teria tido alguma perda ou luto recentemente, variando as respostas entre “1-sim” e “2-não”. Nesta pergunta, como é possível verificar, não houve qualquer alteração da avaliação inicial para a final, havendo 4 utentes que sofreram essa perda e outros 4 que não.

A quinta pergunta referia-se ao estado psicológico do utente, neste caso se o mesmo se tinha sentido em baixo, deprimido ou desesperado no último mês, variando as respostas entre “1 – sim” e “2 – não”. Os resultados finais mostraram uma melhoria em relação aos iniciais, visto existirem dois utentes que passaram de uma resposta positiva para uma negativa.

A penúltima pergunta procurava saber se os utentes se sentiam pouco interessados, ou sem prazer em realizar as atividades no último mês. Esta podia ser cotada com “1 – sim” ou “2 – não”. Inicialmente os utentes estavam divididos, já que metade considerou

estarem interessados e a outra metade não. Após a intervenção o interesse dos utentes manteve-se, exceto para a Ma. que respondeu ter perdido o interesse.

A última pergunta questionava se os utentes tinham preocupações relativamente a falhas de memória, e a sua cotação variava entre “1 – sim” e “2 – não”. Inicialmente os utentes estavam divididos, já que metade considerou estarem preocupados e a outra metade não. Após a intervenção o nível de preocupação dos utentes manteve-se, exceto para a Li. que se mostrou mais preocupada.

Sessões	Utentes	Comp. e Com.			Rel. Interpessoais			Autocuidado		
		Av. Inicial	Av. Final	Dif.	Av. Inicial	Av. Final	Dif.	Av. Inicial	Av. Final	Dif.
24	G.	3,67	4	+0,33	5	5	0	3,25	2,5	-0,75
23	Li.	3	3,17	+0,17	4,83	4,33	-0,50	3	3,5	+0,50
22	F.	4,83	4,33	-0,50	5	4,33	-0,67	5	5	0
22	C.	2,5	3,67	+1,17	3,33	3,33	0	4,25	5	+0,75
21	Ja.	2,83	4,17	+1,34	4	4,33	+0,33	5	5	0
21	Lu.	2,83	2,33	-0,50	4	3	+1	2	2,25	+0,25
19	Ma.	3,33	4	+0,67	4,83	4,5	-0,33	5	5	0
13	An.	5	5	0	5	4,83	-0,17	4	4,75	+0,75

Tabela 4: Avaliação inicial e final dos domínios Compreensão e Comunicação, Relações Interpessoais e Autocuidado dos utentes do CDSFX

Através da tabela 4 podemos analisar o domínio da compreensão e comunicação, das relações interpessoais e do autocuidado. As respostas para estes domínios variam entre “1 – muito insatisfeito/ muito má” e “5 – muito satisfeito/excelente”. Pode-se concluir que, no geral, houve uma melhoria no domínio da comunicação e compreensão e no domínio do autocuidado, havendo inclusive neste último domínio quatro utentes muito satisfeitos. O domínio das relações interpessoais, na avaliação final, apresentou resultados ligeiramente piores, no entanto houve um utente que considerou estar muito satisfeito e outros quatro estiveram muito perto do valor máximo.

Sessões	Utentes	Domínio Físico			Domínio Psicológico		
		Av. Inicial	Av. Final	Dif.	Av. Inicial	Av. Final	Dif.
24	G.	3,25	3	-0,25	3,6	3,2	-0,40
23	Li.	3,75	3,75	0	3,2	3,8	+0,60
22	F.	3,5	3,25	-0,25	4,6	3,4	-1,20
22	C.	2,75	3,5	+0,75	2,2	2,2	0
21	Ja.	2,5	2,25	-0,25	3,6	3,4	-0,20
21	Lu.	3,25	3	-0,25	3,2	3	-0,20
19	Ma.	3,75	3,75	0	4	3,8	-0,20
13	An.	4,75	4,5	-0,25	4,8	4,2	-0,60

Tabela 5: Avaliação inicial e final dos domínios Físico e Psicológico dos utentes do CDSFX

Analisando a tabela 5, que contem os resultados da avaliação inicial e final do domínio físico e do domínio psicológico, e cujas respostas variam entre “1 – muito insatisfeito/ muito má” e “5 – muito satisfeito/excelente”, pode-se concluir que os resultados, no geral,

foram piores após a intervenção. Dos oito utentes, apenas a An. mostrou valores elevados nos dois domínios, embora tenha piorado ligeiramente após a intervenção.

Sessões	Utentes	Motricidade Fina			Noção Corporal			Estruturação Rítmica		
		Av. Inicial	Av. Final	Dif.	Av. Inicial	Av. Final	Dif.	Av. Inicial	Av. Final	Dif.
24	G.	1	1	0	1	1	0	0	1	+1
23	Li.	1	1	0	0,5	1	+0,50	0	0	0
22	F.	0,5	1	+0,50	1	1	0	0,5	0	-0,50
22	C.	0,5	1	+0,50	1	1	0	0,5	0	-0,50
21	Ja.	1	1	0	1	1	0	0,5	0	-0,50
21	Lu.	1	1	0	1	1	0	0	0	0
19	Ma.	1	1	0	1	1	0	0,5	0	-0,50
13	An.	1	1	0	1	1	0	0	0	0

Tabela 6: Avaliação inicial e final da Motricidade Fina, Noção Corporal e Estruturação Rítmica dos utentes do CDSFX

Na tabela 6 podem-se observar os resultados da avaliação da motricidade fina, da noção corporal e da estruturação rítmica. Para avaliar a motricidade fina foi pedido aos utentes que colocassem uma peça num ferro e, de acordo com o tempo que demoravam a concretizar esta tarefa, cotava-se: “1 – menos 20 segundos”, “0,5 – entre 20 a 30 segundos” ou “0 – mais 30 segundos”. Podemos ver, com os valores apresentados, que os utentes tiveram melhores resultados após a intervenção.

Para a avaliação da noção corporal, foi pedido aos utentes que identificassem 10 partes do corpo. A cotação fazia-se segundo o número de partes em que acertavam, ou seja, “1 - 8 a 10 partes”, “0,5 – entre 5 a 7” e “0 - menos de 5”. Como se pode observar na tabela 6, houve uma melhoria nos resultados após a intervenção, embora os resultados iniciais se encontrassem em valores bastante elevados.

Na avaliação da estruturação rítmica os utentes tinham que imitar 4 batimentos distintos sendo a cotação dada consoante o número de batimentos corretamente imitados: “1” se reproduz corretamente 4 batimentos, “0,5” se reproduz corretamente 2 a 3 batimentos e “0” se reproduz corretamente 1 ou 0 batimentos. Como se pode verificar, os resultados obtidos foram piores após a intervenção.

Sessões	Utentes	Equilíbrio Estático 1			Equilíbrio Estático 2			Equilíbrio Estático 3			Equilíbrio Dinâmico		
		Av. Inicial	Av. Final	Dif.	Av. Inicial	Av. Final	Dif.	Av. Inicial	Av. Final	Dif.	Av. Inicial	Av. Final	Dif.
24	G.	6	5	-1	1	1	0	1	1	0	6	5	-1
23	Li.	6	6	0	1	1	0	2	1	-1	6	6	0
22	F.	5	6	+1	1	1	0	1	1	0	5	5	0
22	C.	6	6	0	1	1	0	2	2	0	6	6	0
21	Ja.	6	6	0	1	1	0	1	2	+1	5	6	+1
21	Lu.	5	5	0	0	1	+1	0	1	+1	5	3	-2
19	Ma.	4	5	+1	0	1	+1	0	1	+1	3	5	+2
13	An.	5	5	0	1	1	0	1	1	0	5	5	0

Tabela 7: Avaliação inicial e final do Equilíbrio dos utentes do CDSFX

A tabela 7 apresenta-nos os resultados da avaliação do equilíbrio dinâmico e estático. Na avaliação do equilíbrio estático haviam três tarefas distintas. Na primeira, o utente teria que ficar de pé durante 5 segundos e a cotação era dada da seguinte forma: “0 – não realiza”, “1 – com dois apoios fixos”, “2 – com um apoio fixo”, “3 – com uma pessoa”, “4 –

com dois apoios”, “5 – com um apoio” e “6 – sem apoio”. Na segunda tarefa os utentes teriam que estar em bicos dos pés durante 5 segundos e a cotação era realizada da seguinte forma: “0 – não realiza”, “1 – com apoio” e “2 – sem apoio”. Na última tarefa do equilíbrio estático, o utente teria que ficar sobre um pé durante 5 segundos, sendo a cotação feita da seguinte forma: “0 – não realiza”, “1 – com apoio” e “2 – sem apoio”. Como podemos observar na tabela 7, os resultados foram melhores na primeira prova, comparando as três, no entanto podemos verificar que, no geral, houve uma melhoria nos resultados das três provas após a intervenção.

No que respeita ao equilíbrio dinâmico, a tarefa consistia em andar uma distância de 5 metros e voltar para trás, sendo esta cotada da seguinte forma: “0 – falha”, “1 – marcha ajudada por duas pessoas”, “2 – caminha entre barras ou com apoio contínuo”, “3 – caminha com ajuda de uma pessoa”, “4 – anda com andador ou duas canadianas”, “5 – caminha com uma bengala ou canadiana” e “6 – anda sozinho”. Após a intervenção, quatro utentes mantiveram os valores (dois com 6 e dois com 5), dois melhoraram (um de 5 para 6 e outro de 3 para 5) e dois pioraram (um de 6 para 5 e outro de 5 para 3), o que faz com que não tenha existido uma alteração dos resultados.

Sessões		24	23	22	22	21	21	19	13
Utentes		G.	Li.	F.	C.	Ja.	Lu.	Ma.	An.
Vigília	Av. Inicial	1	1	1	1	1	1	1	1
	Av. Final	1	1	1	1	1	1	1	1
	Diferença	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabela 8: Avaliação inicial e final da Vigília dos utentes do CDSFX durante o preenchimento do protocolo

O nível de vigília dos utentes foi cotado da seguinte forma: “1” se responde à primeira à instrução de todos os itens, “0,5” se é necessário repetir sistematicamente pelo menos metade das instruções e “0” se cada instrução é repetida duas vezes

Como se pode verificar na tabela 8 os utentes mantiveram sempre uma boa capacidade de vigília durante a avaliação inicial e final, não tendo sido necessária a repetição da instrução na grande maioria das tarefas.

3.8. Discussão de resultados

3.8.1. Casa da Fonte

Para melhor compreender os resultados da intervenção na Casa da Fonte é preciso ter em atenção a elevada flutuação de crianças ao longo das sessões. De um total de 18 crianças que participaram nas sessões, não houve nenhuma que estivesse presente em todas. Esta condicionante fez com que fosse necessário repetir dinâmicas de coesão de grupo e de cooperação, de forma a integrar as crianças que entravam no grupo de intervenção.

De acordo com a avaliação dos educadores e da autoavaliação das crianças, observou-se que estes consideram existir uma melhoria ao nível das competências pessoais e sociais na maioria das crianças. No entanto, para os auxiliares estas melhorias não foram evidentes. É possível que esta discordância de resultados esteja ligada ao facto de os auxiliares e os educadores não conhecerem as crianças, nomeadamente no momento da avaliação inicial, o suficiente para avaliar as suas competências, já que foi recorrente a entrada no grupo, de crianças que tinham entrado há pouco tempo na Casa da Fonte. Apesar deste facto, existiram resultados que se mantiveram elevados após a intervenção, nomeadamente ao nível dos problemas de comportamento e de relacionamento com os colegas, segundo os educadores e os auxiliares. As crianças vítimas de maus-tratos,

tendem a apresentar problemas de comportamento, nomeadamente baixa tolerância à frustração, baixo sentido de responsabilidade, relações interpessoais inadequadas, baixo autoconceito, ansiedade elevada e instabilidade emocional, podendo ainda apresentar perturbações no desenvolvimento relacional e afetivo e défices cognitivos ao nível do raciocínio sociomoral (Wolfe & Pierre, 1993; Cóias & Simões, 1995; Jorge, 1985 *cit. in* Dias, 2011).

Outro motivo que pode influenciar os resultados, prende-se com o facto da avaliação final ter sido realizada aquando a saída das crianças da Casa da Fonte, que por si só representa um momento de grande ansiedade quer para a criança como para os educadores e auxiliares. Essa ansiedade repercutiu-se no comportamento, que na maioria dos casos representou mais agressividade e menos motivação durante as sessões. Tal como ocorre na entrada, a saída da instituição representa um momento de grande vulnerabilidade e sofrimento emocional para a criança ou jovem (Antunes, 2011).

Tendo em conta os resultados da autoavaliação das crianças, pode-se verificar que estas apresentaram menos dificuldades a nível emocional, ao nível dos problemas de comportamento, da hiperatividade e da relação com os colegas, resultados que já eram esperados após a intervenção. Para além dos resultados, foi possível observar informalmente as melhorias no comportamento da maioria das crianças que estiveram presentes em mais de um terço das sessões. Para os educadores e auxiliares, focando as 4 crianças com presença em mais de metade das sessões, nem todos tiveram bons resultados nestas áreas, visto duas delas (Ra. e o Ge.) apresentarem valores mais elevados após a intervenção e outras duas apresentarem valores mais baixos (Je. e Id.)

Segundo os educadores, a escala onde as crianças apresentaram piores resultados foi a do comportamento pró-social, embora este domínio tenha sido trabalhado frequentemente no decorrer das sessões. Já para os auxiliares, as escalas em que as 4 crianças apresentaram resultados mais elevados foram a dos problemas de comportamento e a dos problemas de relacionamento com os colegas. Estes resultados mostram uma vez mais que os comportamentos externalizantes tendem a ser enfatizados por quem observa a situação. As diferenças na avaliação entre os educadores e os auxiliares podem estar relacionadas com o tempo que as crianças estão com cada um destes elementos, isto é, as crianças estão mais tempo com os auxiliares daí a ressalva dos problemas de comportamento que são mais vezes observados. Ainda focando a avaliação das 4 crianças, mais precisamente a sua autoavaliação, é possível constatar que estas consideram ter menos dificuldades no geral, em comparação com início das sessões. No entanto, referem ter maiores dificuldades ao nível dos problemas de relacionamento com os colegas. Isto pode estar ligado com o facto anteriormente focado, ou seja, o facto de haver uma constante flutuação das crianças na casa, que por vezes não ficavam o tempo suficiente para que fosse possível estabelecer uma ligação. Outro aspeto que pode influenciar estes resultados é o facto das crianças que entram na Casa da Fonte irem ocupar os espaços das outras crianças, que são obrigadas a partilhar o quarto, os brinquedos e a atenção dos auxiliares. Cada criança tem a sua história de vida, a sua personalidade, que pode ser incompatível com a da nova criança, o que gera conflitos e, consequentemente, problemas de relacionamento com os colegas. As mudanças e as adaptações sucessivas a que a criança é sujeita, pela descontinuidade em termos relacionais e de construção de afetos e da sua identidade, consciente ou inconscientemente, marca a sua experiência na instituição (Antunes, 2011).

Quanto ao impacto do programa, as crianças, de modo geral, gostaram das sessões considerando-as “giras e úteis”, sendo o diálogo inicial e final os momentos menos apreciados por elas. Estes podem ser considerados os momentos menos apreciados talvez devido à pouca vontade que as crianças têm para partilhar as suas vivências, ou porque estas não gostam de estar muito tempo paradas a ouvir os outros. Relativamente às aprendizagens adquiridas, a maioria das crianças considerou que após a intervenção melhoraram aspetos como o sentir-se capaz, conseguir trabalhar em equipa,

compreender os gestos dos outros, resolver problemas, aceitar e respeitar a opinião dos outros, refletir sobre os seus comportamentos, esperar pela vez, compreender os sentimentos dos outros, expressar sentimentos e dar um elogio. Quanto às variáveis “parasitas” assinaladas pelas crianças, estas podem ter sido selecionadas por distração, ou porque as crianças consideraram as atividades extra como atividades de psicomotricidade, como aconteceu, por exemplo, na escolha do item “cozinhar” que foi algo que realizaram na atividade extra de natal.

Das 4 crianças presentes em mais de metade das sessões, uma disse ter gostado “muito”, duas disseram ter gostado “mais ou menos” e outra “pouco”. Isto pode estar relacionado com o facto de as atividades serem muito diversificadas e as crianças mais velhas não gostarem de algumas delas. Pode ainda ser representativo da falta de motivação das crianças para algumas tarefas, principalmente do Id. que abandonou as sessões por não gostar, e pode ainda estar relacionado com os comportamentos de oposição apresentados, frequentemente, pelo Ra..

No que diz respeito às aprendizagens adquiridas, no grupo das 4 crianças que estiverem presentes em mais de metade das sessões, a maioria dos itens foram marcados como aprendidos, tendo todas considerado que aprenderam a compreender os gestos dos outros e que existem várias maneiras de resolver um problema. A variável “parasita”, que se refere à aprendizagem “cozinhar”, foi assinalada por três crianças, sendo concordante com a opinião geral do grupo, o que pode estar relacionado com o que foi descrito anteriormente. Das crianças deste grupo, três delas consideraram que após as sessões ficaram mais calmas, cooperantes, capazes de falar e escutar os outros, confiantes, menos tristes, e menos conflituosas. Após a intervenção, e tendo em conta o grupo das 16 crianças, estas consideraram sentir-se mais alegres, calmas, capazes de falar e escutar os outros, responsáveis, com confiança em si e nos colegas, mostrando ainda que se sentiram menos tristes, nervosas, cansadas e conflituosas. Estes dados são congruentes com os resultados obtidos no SDQ, que mostram uma diminuição dos sintomas emocionais nas crianças.

Relativamente às avaliações da sessão, preenchidas semanalmente, verificou-se que as aprendizagens que as crianças consideraram adquirir foram de encontro aos objetivos estabelecidos nas sessões. De todas as sessões realizadas, as sessões menos apreciadas foram a 13, a 18 e a 21. Um fator que influenciou fortemente o nível de agrado das crianças, relativamente às sessões, foi a avaliação do comportamento, em especial nas crianças mais novas como o Ra.. Para que isso não acontecesse, teria sido importante realizar a ficha de avaliação da sessão antes da avaliação do comportamento. No geral, considera-se que os resultados da intervenção foram positivos, e os objetivos cumpridos. Através de uma avaliação informal é possível verificar que as crianças melhoraram aspetos como o comportamento, o respeito pelo outro, a cooperação e a expressão e compreensão de sentimentos. A capacidade reflexiva acerca das atividades realizadas também melhorou significativamente, pois as crianças foram capazes de expressar de forma mais objetiva os conteúdos abordados, mostrando uma melhor interiorização das aprendizagens, com o avançar da intervenção.

3.8.2. Psicomotricidade na Escola E.B.1 d’Os Moinhos do Restelo – Grupo 1

Neste grupo, que era constituído por 9 crianças, apenas foi possível analisar a avaliação dos pais de 7 crianças, visto não ter sido possível obter a avaliação de 2 pais, ficando esta incompleta. Para além disso, como se trata de um grupo de crianças com 6 anos, não foram realizadas autoavaliações com recurso ao SDQ, sendo apenas possível apresentar os resultados dos professores e dos pais. Tendo em conta os resultados da avaliação, após a intervenção, é possível verificar que existiu uma evolução positiva nas competências pessoais e sociais das crianças, com maior evidência na avaliação dos professores.

Comparando a avaliação inicial dos pais e dos professores não se observa valores muito diferentes, com exceção da subescala do comportamento pró-social que é avaliada, pelos professores, como a subescala onde as crianças apresentam mais dificuldades, assim como ao nível da hiperatividade. Para os pais a hiperatividade também é a subescala onde identificam mais problemas nas crianças, tanto na avaliação inicial como na final.

No que se refere à avaliação final, constata-se que para os professores as crianças obtiveram melhores resultados após a intervenção, principalmente ao nível dos sintomas emocionais e dos problemas de comportamento, dois domínios bastante trabalhados durante as sessões. Ao nível da hiperatividade também se observaram melhorias, assim como nos problemas de relacionamento com os colegas. A única subescala que apresentou piores resultados, para os professores, diz respeito ao comportamento pró-social. No geral, e tendo em conta a avaliação dos professores, pode-se dizer que os resultados obtidos foram positivos, e que os objetivos definidos foram cumpridos. Para os pais, os valores mantiveram-se muito semelhantes, comparando a avaliação inicial e final, o que nos diz que, para estes, não houve uma melhoria significativa dos filhos. Esta realidade é contrária ao que é referido na literatura, ou seja, normalmente são os professores que avaliam de forma mais rígida as crianças, comparativamente à avaliação dos pais (Bolsoni-Silva *et al*, 2006). Isto pode estar relacionado com as avaliações e feedbacks que os pais vão recebendo da escola, principalmente das queixas dos professores, dando assim mais importância aos aspetos negativos do que aos positivos. Pode ainda estar relacionado com o tempo despendido, e a qualidade com que vivenciam esse tempo, com a criança.

Numa avaliação informal das estagiárias, verificou-se uma melhoria ao nível do comportamento das crianças relativamente à participação, à relação com os pares, e ao autocontrolo. O que se observou nas sessões é mais representativo da avaliação dos professores do que da avaliação dos pais, visto terem sido observadas melhorias significativas durante a intervenção. Talvez fosse importante incluir os pais no programa, para que eles pudessem compreender os comportamentos dos filhos e tomar consciência das suas próprias atitudes, e dos seus comportamentos, e as consequências destes na vida da criança. No geral, e tendo em conta toda a intervenção, pode-se considerar que as crianças evoluíram, algumas de forma mais significativa que outras, e os objetivos foram cumpridos.

Relativamente à avaliação das crianças sobre o programa, todas afirmaram ter gostado muito das sessões, mencionando a sua importância, e consideraram ter adquirido competências como o sentir-se capaz, o trabalho em equipa, a resolução de problemas, e a compreensão dos sentimentos dos outros. Pela avaliação das crianças, podemos verificar ainda que algumas das variáveis “parasitas”, como o aprender a “fazer embrulhos” e a “fazer desenhos”, foram largamente selecionadas, demonstrando por parte das crianças alguma desatenção e, possivelmente, a confusão entre o que era realizado nas sessões de psicomotricidade e o que elas realizavam na sala de aula.

Para finalizar, é importante referir que a maioria das crianças se sentiu mais alegre, cooperante, motivada, responsável, e com maior confiança em si e nos outros.

3.8.3. Psicomotricidade na Escola E.B.1 de Caselas – Grupo 4

Tendo em conta os resultados obtidos na avaliação dos pais, do professor e das crianças, pode-se dizer que houve algumas melhorias ao nível das competências pessoais e sociais, no entanto muito ligeiras.

Os resultados obtidos com a avaliação dos pais foram praticamente iguais nos dois momentos de avaliação, existindo pequenas oscilações nas pontuações. Para os pais, tanto inicialmente como após a intervenção, as subescalas onde os filhos demonstravam mais dificuldades referiam-se à hiperatividade, aos problemas de comportamento e aos sintomas emocionais. Na avaliação do professor, as subescalas mais destacadas foram

igualmente a da hiperatividade e a dos problemas de comportamento. No entanto, este não referiu qualquer problema ao nível dos sintomas emocionais. Para o professor houve uma evolução, e os resultados apresentados foram positivos, principalmente ao nível dos problemas de comportamento e ao nível do comportamento pró-social, dois dos domínios mais trabalhados nas sessões. No entanto, os valores da hiperatividade mantiveram-se no máximo, não havendo qualquer melhoria. Estes valores elevados podem estar relacionados com o facto de a hiperatividade não ser um domínio que se trabalhe diretamente, mas sim algo que é trabalhado indiretamente nas atividades. Talvez fosse relevante a existência de mais atividades que potencializassem esse trabalho.

No que diz respeito à autoavaliação das crianças, é possível verificar que estas apresentaram piores resultados, em algumas áreas, após a intervenção, o que não era espetável. Estes resultados podem estar relacionados com uma maior consciencialização das crianças, acerca do seu comportamento e das suas atitudes. Para as crianças, as únicas subescalas que mostraram resultados positivos, ainda que mínimos, foram a dos sintomas emocionais e a dos problemas de relacionamento com os colegas.

Segundo os resultados, para os pais e para as crianças, nunca existiram dificuldades ao nível do comportamento pró-social. No entanto, para o professor esses problemas existiam inicialmente contudo, após a intervenção, os seus resultados tornaram-se mais próximos dos referidos pelos pais e pelas crianças, demonstrando haver uma melhoria a esse nível. Outra avaliação em que o professor difere dos pais e das crianças, é na avaliação dos problemas de relacionamento com os colegas. Para o professor, as crianças não tinham problemas nesta área, mas para os pais e para as crianças existiam alguns problemas, que no caso das crianças foram ultrapassados, mas para os pais isso não se verificou.

Comparando as três avaliações, verifica-se que os resultados apresentados pelos pais e pelas crianças são muito similares, não havendo grande alteração após a intervenção, enquanto o professor refere melhores resultados após a mesma. A única área em que todos concordam que existe dificuldades, antes e após a intervenção, é a hiperatividade.

Numa avaliação informal das estagiárias, verificou-se uma melhoria ligeira do comportamento das crianças, contudo os resultados não foram os esperados. As crianças tiveram um comportamento muito pouco conciso durante a intervenção, e a relação entre elas também teve muitos altos e baixos. Houve alturas em que a comunicação entre elas era péssima, o que dificultou o trabalho e, consequentemente, o cumprimento dos objetivos definidos. Apesar disso, no final da intervenção, estes aspetos já estavam mais controlados, devido ao constante trabalho de promoção da comunicação entre as crianças, e as crianças já se mostravam mais participativas, responsáveis e respeitadoras. O maior problema destas sessões foi, sem dúvida, a curta duração da sessão (45 minutos), sendo que, possivelmente teriam sido obtidos melhores resultados se as sessões, e o grupo, fossem maiores.

Relativamente à avaliação das crianças sobre o programa, todas afirmaram ter gostado muito das sessões, mencionando a sua importância, e consideraram ter adquirido competências como o sentir-se capaz, o trabalho em equipa, a resolução de problemas, e a compreensão dos sentimentos dos outros. Para finalizar, é importante referir que a maioria das crianças se sentiu mais alegre, cooperante, motivada, responsável, e com maior confiança em si e nos outros sentindo-se, ao mesmo tempo, menos conflituosas e nervosas.

3.8.4. Centro de Dia São Francisco Xavier

Através da observação dos resultados obtidos no protocolo de avaliação dos utentes, pode-se dizer que, após a intervenção, os utentes apresentaram algumas melhorias, apesar de mínimas.

No que diz respeito ao domínio da orientação pode-se constatar que os resultados iniciais já eram muito bons e, após a intervenção, alguns mantiveram-se e outros melhoraram. Apenas um utente baixou os seus resultados, em um ponto, o que não é considerado significativo. Este domínio foi trabalhado em todas as sessões e foi notória a melhoria dos utentes que inicialmente apresentavam mais dificuldades em relembrar a data.

Relativamente à capacidade de retenção e evocação, os utentes também apresentaram bons resultados, principalmente na capacidade de evocação onde 2 utentes melhoraram os seus valores para níveis máximos. Os restantes utentes, que já tinham apresentado bons resultados inicialmente, mantiveram-nos após a intervenção, a exceção de um que apresentou um ligeira diminuição. É importante referir que na capacidade de retenção, os utentes apresentaram resultados máximos antes e após a intervenção.

No domínio da saúde mental e bem-estar, os resultados apresentados após a intervenção foram muito semelhantes aos iniciais, no entanto verificou-se uma melhoria significativa num dos itens deste domínio, que se referia à perceção de saúde dos utentes. Neste item, inicialmente, constavam respostas negativas sobre como os utentes percecionavam a sua saúde, ou seja, alguns consideravam que tinham uma saúde má sendo que, após a intervenção, todas as respostas se situavam entre a perceção de saúde “boa” a “excelente”. Estes resultados talvez se devam ao facto de os utentes se encontrarem mais ativos, devido às atividades dinamizadas nas sessões, o que aumenta a perceção de autoeficácia e atenua a dimensão das dificuldades levando a uma representação mais favorável do estado de saúde. Ao sentirem-se capazes, os utentes vão apresentar níveis mais elevados de bem-estar e, conseqüentemente, vão observar e avaliar a sua saúde de uma forma mais positiva. Ao longo das sessões foi notória a evolução dos utentes, no que se refere ao seu bem-estar, tanto nas sessões como no dia-a-dia (como nos referiu a Diretora do CDSFX). Desta forma, pode-se dizer que os objetivos foram cumpridos.

No que se refere à primeira parte do protocolo, de autopreenchimento, nos domínios da compreensão e comunicação e do autocuidado, observaram-se algumas melhorias. Já no domínio das relações interpessoais, após a intervenção, os resultados foram piores o que não era de todo espectável, já que se observou, após a intervenção, uma relação mais forte entre os utentes. Talvez estes resultados sejam o reflexo de uma melhor compreensão, por parte dos utentes, das suas relações com os outros. Antes da intervenção, a maioria dos utentes não comunicava, sendo que após a intervenção o diálogo entre os utentes aumentou e as relações de amizade entre eles também. Para além dos domínios já referidos, foi ainda avaliado o domínio físico e o domínio psicológico. Nestes, os valores obtidos após o período de intervenção foram inferiores aos obtidos inicialmente. Possivelmente os utentes tomaram mais consciência de si e realizaram uma avaliação mais ajustada.

Na avaliação da motricidade fina os utentes mostraram melhores resultados, apresentando todos níveis máximos após a intervenção, o que não aconteceu relativamente à noção corporal e à estruturação rítmica, apesar de estas terem sido bastante trabalhadas nas sessões, especialmente a noção corporal que muitas vezes foi associada ao momento de relaxação. Provavelmente teria sido importante trabalhar estes domínios de outras formas, e não só no momento da relaxação.

Em termos do equilíbrio estático, os utentes mostraram algumas melhorias, no entanto no equilíbrio dinâmico não se verificaram, de modo geral, grandes alterações.

Durante o preenchimento do protocolo, tanto o inicial como o final, os utentes demonstraram sempre uma boa capacidade de atenção e concentração, tendo-se mantido os valores em níveis máximos nos dois momentos de avaliação.

Numa avaliação informal considerou-se que a intervenção mostrou bons resultados, principalmente na comunicação entre os utentes e na promoção do bem-estar. Com o decorrer da intervenção, os utentes mostraram-se mais participativos e recetivos ao que lhes propúnhamos. Estas melhorias foram não só constatadas por nós como também

pela equipa técnica do Centro de Dia. Embora os resultados finais do protocolo não sejam representativos de uma melhoria significativa, a avaliação informal vem constatar que esta intervenção foi bastante benéfica para os utentes e que a sua continuação seria uma mais-valia para eles.

3.9. Atividades complementares

No decorrer do estágio, para além de todas as atividades desenvolvidas no contexto da psicomotricidade e das competências pessoais e sociais, foram realizadas atividades complementares na Casa da Fonte e na Junta de Freguesia de São Francisco Xavier.

Na Casa da Fonte foram realizadas duas atividades complementares, uma no natal e outra no final da intervenção. A atividade do natal, que foi dinamizada pelas estagiárias na Casa da Fonte, consistiu na realização de um jantar de natal, de pizzas, de todas as crianças da Casa da Fonte e de biscoitos para as crianças oferecerem a quem quisessem. Para esta atividade contámos com a presença das estagiárias, dos auxiliares e educadores da Casa da Fonte, da professora Doutora Celeste Simões e de um cozinheiro estagiário. Foi uma atividade bem aceite por todos, que permitiu conhecer as crianças num outro ambiente. A atividade final, que se realizou no Centro de Ciência Viva de Sintra, contou com a presença das estagiárias, da educadora Ma. da Casa da Fonte e de seis crianças. Esta atividade permitiu às crianças realizar várias experiências e aprender sobre o mundo, o espaço e o próprio corpo, algo de que gostaram muito.

Na Junta de Freguesia de São Francisco Xavier, houve uma diversidade de atividades complementares onde prestei o meu apoio, nomeadamente: nas atividades de natal e nas atividades de páscoa, ambas inseridas no projeto “Afetos na Escola”; no desfile de carnaval; na colónia da páscoa; e no II Encontro de Educação Inclusiva. Todas estas atividades permitiram estabelecer uma melhor relação com as crianças, com os professores e com as psicólogas da Junta de Freguesia de São Francisco Xavier, além de todas as aprendizagens que estas possibilitaram.

4. Dificuldades e limitações

Dificuldades e limitações estão presentes em todos os trabalhos que realizamos, e este estágio não foi diferente. Em todos os contextos de intervenção, possivelmente nuns mais que noutros, existiram aspetos limitantes à realização das sessões, que acarretaram dificuldades que necessitaram ser suplantadas.

Na Casa da Fonte existiram várias limitações e/ou dificuldades. Uma dessas prendeu-se com as constantes alterações no grupo de intervenção. Era recorrente a saída e entrada de crianças para a Casa da Fonte e, conseqüentemente, para o grupo de intervenção, o que provocava uma alteração na dinâmica, e na relação entre os elementos do grupo. As crianças que entravam, necessitavam sempre de 2 ou 3 sessões para se sentirem confortáveis no grupo, o que transtornava o trabalho no que se refere ao cumprimento dos objetivos definidos, visto ter-se que voltar atrás para que as novas crianças acompanhassem o que já tinha sido trabalho, para atingirem o mesmo nível das outras crianças. Outra das dificuldades sentidas prendia-se com as idades das crianças, visto termos crianças dos 5 aos 13 anos. Esta realidade dificultava o planeamento das sessões porque o que motivava as mais pequenas, os mais velhos diziam não gostar, e vice-versa. As idades das crianças também mostraram ser uma limitação quando se pretendia realizar atividades que necessitavam de habilidades cognitivas mais avançadas, como por exemplo, a simples leitura das pistas que era impossível para as crianças de 5 e 6 anos.

O horário das sessões também mostrou ser uma limitação, pois como as sessões eram realizadas ao fim do dia e depois de um dia de escola, as crianças vinham muito cansadas e com fome. Desta forma, os níveis de concentração e de motivação das crianças, para realizar as atividades, eram baixos. Isto obrigava a um esforço maior por

parte das estagiárias, nem sempre frutífero, para cumprir o que estava definido para a sessão. Por último, outras duas limitações sentidas foram a falta de material e o local de intervenção. Estes dois aspetos são vistos como uma dificuldade porque sempre que se pensava nas sessões era preciso ter em conta como se iria arranjar o material, e se esse material era possível de ser usado no espaço onde decorria a sessão. Muitas atividades tiveram que ser alteradas, ou simplesmente não se realizaram, devido a estas limitações. Também no projeto Psicomotricidade na escola foram sentidas limitações, principalmente nas sessões do grupo 1 que se realizaram na escola EB1 d'Os Moinhos do Restelo. As sessões do grupo 1 foram as que mais trouxeram dificuldades para as estagiárias porque eram realizadas num local de passagem, situado entre a cozinha e os corredores das salas de aula. Devido à sua localização, as sessões eram constantemente interrompidas por auxiliares ou crianças que circulavam no recreio, o que desconcentrava as crianças das tarefas que estavam a realizar. Para além disso, como este espaço era utilizado por todos, houve alturas em que não foi possível realizar as sessões porque os professores estavam a realizar outras atividades na mesma hora das sessões. Outra limitação foi a falta de material que, tal como na Casa da Fonte, teve que ser levado pelas estagiárias em todas as sessões. Por último, a duração das sessões também mostrou ser uma limitação, visto os 45 minutos não serem suficientes para a realização de todas as etapas essenciais da sessão. Esta limitação também se verificou no grupo 4 da escola EB1 de Caselas, no entanto com menos intensidade pois, caso fosse necessário, a sessão podia prolongar-se por mais 10 minutos. Fora esta condicionante, a outra limitação sentida no grupo 4 foi o número reduzido de crianças. Por serem apenas 3, a organização das atividades tinha que ser mais pensada a nível individual do que grupal e, sempre que faltava uma criança, tornava-se complicado trabalhar alguns dos objetivos definidos. Por último, no Centro de Dia de São Francisco Xavier, as principais dificuldades sentidas estavam ligadas à baixa motivação dos idosos, à falta de material e ao local onde ocorria a intervenção. Todo o material usado nas sessões, tal como nos outros locais de intervenção, foi transportado pelas estagiárias ou produzido pelas mesmas. Não existia nenhum material no Centro de Dia que pudesse ser usado, para além do rádio, da *fisioball* e de um jogo. O local onde decorriam as sessões também não era o mais indicado, pois tratava-se da sala de refeições que se localizava entre o gabinete da diretora e a cozinha. Era recorrente a passagem de pessoas, para o escritório ou para a cozinha, enquanto decorria a sessão, o que destabilizava a dinâmica da sessão e os utentes. Outra dificuldade sentida foi a falta de motivação dos utentes, que algumas vezes diziam não gostar das atividades, ou simplesmente diziam não querer participar nas sessões. Esta dificuldade fez com que se realizassem algumas modificações na dinâmica das sessões, de forma a torná-las mais atrativas para os utentes, sendo rapidamente ultrapassada com sucesso.

5. Conclusão, síntese geral e perspetivas para o futuro

Este estágio permitiu vivenciar diversas experiências e, tenham sido elas positivas ou negativas, a única certeza é que contribuíram para o meu crescimento profissional e pessoal. Todo o trabalho realizado com as crianças em contexto institucional, com as crianças em contexto escolar e com os idosos em contexto institucional, superou as minhas expectativas e enriqueceu os meus conhecimentos. A intervenção na Casa da Fonte obteve resultados muito positivos, observáveis de sessão para sessão. Foi difícil lidar com as saídas constantes de crianças, no entanto este trabalho é recompensador porque, ainda que seja por breves momentos para algumas crianças, as competências abordadas durante a intervenção são de extrema importância para a sua adaptação social. Todas as ferramentas que demos a estas crianças são fundamentais para o confronto com situações adversas com que possivelmente se irão deparar. De tudo o que observei e vivenciei, neste contexto, o que mais me estimulou foi o saber que naquele

espaço de tempo que durava a sessão, não estava só a trabalhar competências essenciais, como também a dar um pouco de carinho e afeto que tantas crianças mostravam precisar.

A nível organizacional, acredito que as crianças teriam sido mais beneficiadas se se tivessem formado grupos mais homogêneos a nível de idades, porque iria permitir elaborar atividades mais objetivas, e se as sessões fossem dadas noutra hora. Contudo, saliento que a intervenção correu bem, os resultados foram muito positivos e a experiência enriquecedora.

No que se refere à intervenção no âmbito do projeto “Psicomotricidade na Escola”, as vivências nos dois grupos foram distintas, devido às características de cada um, no entanto os resultados foram positivos, principalmente no grupo 1. Apesar das divergências nas avaliações, dos pais e professores, foi notória a evolução comportamental de muitas crianças, que inicialmente não conseguiam estabelecer relação com os colegas, e após a intervenção tornaram-se crianças mais ativas na sua participação na sessão e na relação com o outro. Os aspetos mais importantes a mudar nestas sessões são a sua duração e o local onde ocorrem. Uma sessão de 45 minutos é insuficiente para trabalhar todas as competências pessoais e sociais relevantes. Provavelmente, não será possível alterar este aspeto devido às imensas atividades extra que as crianças têm na escola, mas seria importante fazê-lo. O local, principalmente para o grupo 1, é muito desagradável, visto ser um espaço de passagem onde é recorrente ter alguém a interromper a sessão. A constante desatenção das crianças, devido a esta realidade, é um fator decisivo na qualidade dos resultados, que creio puderem ser melhores se o espaço for outro. No entanto, e apesar de todas as condicionantes, acho que este projeto deve ter continuidade, pois provou uma mais-valia nas escolas.

A intervenção no projeto “Afetos na Escola”, em conjunto com as psicólogas da Junta de Freguesia de São Francisco Xavier, proporcionou outros conhecimentos de uma área distinta, mas complementar, da psicomotricidade. Através do trabalho desenvolvido nas diferentes turmas, adquiri conhecimentos que me vão possibilitar realizar um melhor trabalho com crianças inseridas em grandes grupos, e aumentou a minha sensibilidade para a abordagem de assuntos mais delicados.

O projeto “Psicomotricidade no Centro de Dia”, elaborado pelas estagiárias, foi uma experiência bastante enriquecedora e surpreendente. Embora tenha existido uma resistência inicial dos idosos do Centro de Dia São Francisco Xavier, a adesão às sessões foi muito positiva e os resultados são prova disso. Apesar dos valores do protocolo não representarem essa realidade, verificou-se uma importante evolução, principalmente na relação entre eles. Através da intervenção psicomotora neste contexto, foi possível proporcionar um maior bem-estar nos idosos e, consequentemente, uma perceção diferente sobre a sua qualidade de vida. Com a realização da intervenção neste contexto adquiri conhecimentos sobre uma área que não me era familiar, mas que me conquistou. Um grande ganho que obtive neste contexto foi perceber que não é só o cumprimento dos objetivos que importa. A disponibilidade com que nos entregamos aos idosos é fundamental para eles, e para nós. É essa mesma disponibilidade que vai permitir evoluções positivas em qualquer intervenção. A continuação deste projeto é essencial na vida destes, e doutros, idosos. De todos os contextos de intervenção presentes neste estágio, foi o dos idosos que mais me cativou.

Todas as conquistas realizadas, e as frustrações vivenciadas neste estágio, contribuíram para enriquecer os meus conhecimentos sobre diferentes contextos e, acima de tudo, fizeram-me crescer enquanto pessoa.

As minhas perspetivas para o futuro são muito claras, espero sinceramente que este trabalho desenvolvido tenha uma continuidade, porque a intervenção psicomotora é de facto necessária em variadíssimas áreas, e que o meu caminho profissional se dê nesse sentido. Quero ter a oportunidade de contribuir para o reconhecimento da Psicomotricidade, enquanto área fundamental para o desenvolvimento humano.

6. Bibliografia

- Abreu, M. & Xavier, M. (2008). O papel dos factores de protecção na promoção da resiliência em adolescentes. In *Resumos do I Congresso Internacional em Estudo da Criança – Infâncias Possíveis, Mundos Reais*, Braga.
- Alexandre, D. T., & Vieira, M. L. (2004). Relação de apego entre crianças institucionalizadas que vivem em situação de abrigo. *Psicologia em Estudo*, 9 (2), 207-217.
- Alves, H. C. (2007). *Utilização de contos de fadas e atividades simbólicas na compreensão de crianças vítimas de violência*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Carlos.
- American Psychiatric Association – APA (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (DSM-IV-TR)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Anaut, M. (2005). *A resiliência: ultrapassar os traumatismos*. Lisboa: Climepsi.
- Antunes, M. D. P. (2011). *Factores de risco e de protecção associados à resiliência: estudo comparativo entre adolescentes que vivem com a família e adolescentes acolhidos em lar de infância e juventude*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Motricidade Humana – Universidade Técnica de Lisboa.
- Aragón, M. (2007). Intervención Psicomotriz en Ancianos. *Manual de Psicomotricidad*. Madrid: Edições Pirâmide.
- Baptista, M. N., Baptista, A. S. D., Ferracini, A., & Tito, P. C. (2006). Relação entre saúde mental e qualidade de vida em um grupo de terceira idade. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2: 211-225.
- Barreiros, J. (1999). Envelhecimento e lentidão Psicomotora. In P. P. Correia, M. Espanha & J. Barreiros (Ed.), *Envelhecer melhor com a actividade física – actas do simpósio 99* (pp. 63-71). Faculdade de Motricidade Humana Edições, Cruz Quebrada.
- Benavente, R. C. S. (2010). *Factores de mudança nas representações da vinculação em crianças de famílias de alto-risco*. Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação – Universidade de Lisboa.
- Bolsoni-Silva, A. T. & Marturano, E. M. (2002). Práticas educativas e problemas de comportamento: uma análise à luz das habilidades sociais. *Estudos de Psicologia*, 7 (2), 227-235.
- Bolsoni-Silva, A. T., & Del Prette, A. (2003). Problemas de comportamento: um panorama da área. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5(2), 91-103.
- Bolsoni-Silva, A. T., Marturano, E. M., Pereira, V. A. & Manfrinato, J. W. S. (2006). Habilidades sociais e problemas de comportamento de pré-escolares: comparando avaliações de mães e professoras. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19 (3), 460-469.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). The bioecological model of human development. In W. Damon & R.M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology*, Vol. 1: Theoretical models of human development (6th ed.) (793-828). New York: Wiley.
- Camacho, I. & Matos, M. G. (2005). Práticas parentais educativas, fobia social e rendimento académico. In Matos, M. G. (Ed.), *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola* (3ª Edição) (87-94). Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana Serviço de Edições.
- Carneiro, R. S., & Falcone, E. M. O. (2004). Um estudo das capacidades e deficiências em habilidades sociais na terceira idade. *Psicologia em Estudo*, 9 (1), 119-126.
- Carneiro, R. S., Falcone, E., Clark, C., Prette, Z. D., & Prette, A. D. (2007). Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20 (2), 229-237.
- Carrilho, M. J., & Patrício, L. (2004). A Situação Demográfica Recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos* (36), 127-151.
- Carvalho, J. C. M. (2012). *Estudo dos efeitos de um programa de promoção da resiliência e de competências pessoais e sociais em adolescentes com Dificuldades Intelectuais*

- e *Desenvolvimentais – estudos de caso*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Motricidade Humana – Universidade Técnica de Lisboa.
- Cecconello, A. M. (2003). *Resiliência e vulnerabilidade em famílias em situação de risco*. Dissertação de Doutoramento, Instituto de Psicologia – Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Cia, F., & Barham, E. J. (2009). Repertório de habilidades sociais, problemas de comportamento, autoconceito e desempenho académico de crianças no início da escolarização. *Estudos de Psicologia*, 26 (1), 45-55.
- Collishaw, S., Pickles, A., Messer, J., Rutter, M., Shearer, C., & Maughan, B. (2007). Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: evidence from a community sample. *Child Abuse & Neglect*, 31, 211-229.
- Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco – CNPCJR (2011). *Relatório Anual de Avaliação da Actividade das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens*. Lisboa: CNPCJR.
- Comissão de Proteção de Crianças e Jovens do Cartaxo – CPCJ (2007). *Todos somos responsáveis*. Cartaxo: Câmara Municipal do Cartaxo.
- Couto, F. B. (2010). Resiliência e capacidade funcional em idosos. *Revista Kairós*, 7, 51-62.
- Decreto-Lei nº 281/2007 de 7 de Agosto. *Diário da República nº 151 - 1.ª série*. Ministério da Defesa Nacional.
- Decreto-Lei nº 16/2011 de 25 de Janeiro. *Diário da República nº 17 – 1ª série*. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.
- Dell’Aglia, D.D. (2003). O processo de coping em crianças e adolescentes: adaptação e desenvolvimento. *Temas em Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia*, 11 (1), 38-45.
- Dias, M.I.P.S. (2008). *Programa de promoção de competências pessoais e sociais: um estudo no ensino superior*. Dissertação de Doutoramento, Departamento de Ciências da Educação - Universidade de Aveiro.
- Dias, C. M. D. (2011). *Psicomotricidade na promoção de competências pessoais e sociais – intervenção com crianças em contexto escolar e em instituição de acolhimento*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Motricidade Humana – Universidade Técnica de Lisboa.
- Fergus, S. & Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: a framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26, 399-419.
- Ferreira, A. L. C. B.M. (2009). *A qualidade de vida em idosos em diferentes contextos habitacionais: a perspectiva do próprio e do seu cuidador*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação – Universidade Clássica de Lisboa.
- Fleitlich, Loureiro, Fonseca, & Gaspar (2000) *Questionário do SDQ, versão traduzida e adaptada para a população portuguesa*. Acedido Outubro 19, 2011, em <http://www.sdqinfo.com>.
- Freitas, E. J. F. L. F., Simões, M. C. R. & Martins, A. P. L. (2011). Impacto de um programa de competências pessoais e sociais em crianças de risco. In *Libro de actas do XI congresso internacional galego-português de psicopedagogia*, Corunha, 7-9 Set. 2011.
- Gonçalves, A. A. (2004). *Psicomotricidade na educação infantil: a influência do desenvolvimento psicomotor na educação infantil*. Dissertação de Pós-Graduação “Latu Sensu”, Universidade Candido Mendes.
- Hinshaw, S. P. (1992). Externalizing behavior problems and academic underachievement in childhood and adolescence: causal relationships and underlying mechanisms. *Psychological Bulletin*, 111, 127-155.

- Instituto Nacional de Estatística – INE. (2007). Nos próximos vinte e cinco anos o número de idosos poderá mais do que duplicar o número de jovens. *Instituto Nacional de Estatística*.
- Instituto Nacional de Estatística, INE (2011). Acedido Maio 18, 2011, em <http://www.ine.pt/>.
- Instituto da Segurança Social – ISS (2009). *Guia Prático – estabelecimentos integrados*. Lisboa: ISS.
- Instituto de Segurança Social, I.P. (2010). *Plano de Intervenção Imediata (PII). Relatório de caracterização das crianças e jovens em situação de acolhimento em 2009*. Lisboa.
- Jardim, M. J. A. (2007). *Programa de desenvolvimento de competências pessoais e sociais: estudo para a promoção do sucesso académico*. Dissertação de Doutoramento, Departamento de Ciências da Educação – Universidade de Aveiro.
- Júlio, L. F. S. (2008). *Avaliação das competências na resolução de problemas sociais: crianças com agressividade e isolamento*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação – Universidade Clássica de Lisboa.
- Junta de Freguesia de São Francisco Xavier (n.d.), Acedido Junho 10, 2012, em <http://www.jf-sfxavier.pt/>.
- Lei n.º147/99 de 1 de Setembro. *Diário da República nº 204 – I Série-A*. Assembleia da República.
- Llinares, M. & Rodríguez, J. (2003). *Psicomotricidad y necesidades educativas especiales. Colección escuela y necesidades educativas especiales*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Maia, J. M. D. & Williams, L. C. A. (2005). Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. *Temas em Psicologia*, 13 (2), 91-103.
- Margalho, B. C. (2005). *A psicomotricidade e a terapia ocupacional na arte de envelhecer*. Dissertação de Pós-Graduação “*Latu Sensu*”, Universidade Candido Mendes.
- Martins, R. M. L. (2003). Envelhecimento e saúde: um problema social emergente. *Millenium*, (27).
- Martins, E. & Szymanski, H. (2004a). A abordagem ecológica de Urie Bronfenbrenner em estudos com famílias. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 4 (1), 63-77.
- Martins, E. & Szymanski, H. (2004b). Brincando de casinha: significado de família para crianças institucionalizadas. *Estudos de Psicologia*, 9 (1), 177-187.
- Matos, M. G. (1997). *Programa de promoção de competência social: manual de utilização*. Lisboa: Ministério da Educação.
- Matos, P. M. (2003). O conflito à luz da teoria da vinculação. In Costa, M. E. (Coord.), *Gestão de conflitos na escola* (144-191). Lisboa: Universidade Aberta.
- Matos, M. G. (2005). Promoção e gestão de conflitos na escola. In M. G. Matos (Ed.), *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola* (289-363), Cruz Quebrada: FMH Edições.
- Matos, M. G. & Spence, S. (2008). Prevenção e saúde positiva em crianças e adolescentes. In M. G. Matos (Ed.), *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola* (4ª edição) (56-73).
- Morais, A. (2007). Psicomotricidade e Promoção da Qualidade de Vida em Idosos com Doença de Alzheimer. *A Psicomotricidade*, 10, 25-33.
- Morais, C. L. R. (2011). *Os professores e os comportamentos de risco de aluno a frequentar o 1º ciclo do ensino básico*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Motricidade Humana – Universidade Técnica de Lisboa, Portugal.
- Mota, C. P., & Matos, P. M. (2008). Adolescência e institucionalização numa perspetiva de vinculação. *Psicologia & Sociedade*, 20 (3), 367-377.
- Oliveira, D. L. C., Goretti, L. C., & Pereira, L. S. M. (2006). O desempenho de idosos institucionalizados com alterações cognitivas em atividades de vida diária e mobilidade: estudo piloto. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 10 (1), 91-96.

- Orionte, I. & Sousa, S.M.G. (2005). O significado do abandono para crianças institucionalizadas. *Psicologia em Revista*, 11 (17), 29-46.
- Ovando, L. M. K., & Couto, T. V. (2010). Atividades psicomotoras como intervenção no desempenho funcional de idosos hospitalizados. *O Mundo da Saúde*, 34 (2), 176-182.
- Penha, M. T. (1996). Crianças em risco. Lisboa: DGAS.
- Pereira, A. C. (2010). Percepção do Idoso sobre o seu nível de qualidade de vida. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, III (2), 27-34.
- Pereira, B. (2004). Gerontopsicomotricidade: envelhecer melhor - da quantidade à qualidade. *A Psicomotricidade* (4), 88-93.
- Pereira, E. G. & Matos, M. G. (2005). Grupo de pares, comportamentos desviantes e consumo de substâncias. In Matos, M. G. (Ed.), *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola* (3ª Edição) (95-102). Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana Serviço de Edições.
- Pesce, R. P., Assis, S.G., Santos, N. & Oliveira, R. V. C. (2004). Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20 (2), 135-143.
- Pinhel, J., Torres, N., & Maia, J. (2009). Crianças institucionalizadas e crianças em meio familiar de vida: representações de vinculação e problemas de comportamento associado. *Análise Psicológica*, 4 (28), 509-521.
- Pinto, R. & Maia, A. (2009). Dos maus-tratos na infância aos comportamentos de risco na idade adulta: um modelo conceptual. In I Congresso Luso Brasileiro de Psicologia da Saúde, Faro, 5-7 Fev. 2009.
- Poletto, M., & Koller, S. H. (2008). Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. *Estudos de Psicologia*, 25 (3), 405-416.
- Regulamento Interno Casa da Fonte (n.d.). *Santa Casa da Misericórdia*.
- Regulamento Interno Centro Dia São Francisco Xavier (2010). *Cruz Vermelha Portuguesa – Delegação de Lisboa*.
- Remédios, C. I. F. R. N. (2010). *O bem-estar psicológico e a promoção das competências pessoais e sociais na adolescência*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia – Universidade de Lisboa, Portugal.
- Rodríguez, E. L. (2003). Intervención psicomotriz con pacientes con demência: Una Propuesta Rehabilitadora. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 11, 13-18.
- Sá, A. C. P. O., Grilo, I. S. & Trigo, L. (2008). As instituições de acolhimento sob o olhar dos profissionais que nelas trabalham: Percepções em torno da institucionalização de crianças e jovens em risco. In *Anais do I Congresso Internacional de Estudos da Criança*, Braga, 2-4 Fev. 2008.
- Santos, A. F. A. (2008). *Qualidade de vida e solidão na terceira idade*. Monografia de Licenciatura, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais – Universidade Fernando Pessoa, Portugal, Porto.
- Santos, B. C. A., Ribeiro, M. C. C., Ukita, G. M., Pereira, M. P., Duarte, W. F., & Custódio, E. M. (2010). Características emocionais e traços de personalidade em crianças institucionalizadas e não institucionalizadas. *Boletim de Psicologia*, 60 (133), 139-152.
- Santos, M. A. M. (2010). *O acolhimento institucional prolongado de jovens em risco – a experiência passada de institucionalização e o seu significado actual para os sujeitos adultos*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação – Universidade de Coimbra, Portugal.
- Santos, P. L. & Graminha, S. S. V. (2006). Problemas emocionais e comportamentais associados ao baixo rendimento académico. *Estudos de Psicologia*, 11 (1), 101-109.
- Sapienza, G., & Pedromônico, M. R. M. (2005). Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo*, 10 (2), 209-216.

- Segrin, C. & Taylor, M. (2007). Positive interpersonal relationships mediate the association between social skills and psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 43, 637-646.
- Silva, P. A. (2009). *Agressividade e representações sobre a violência em jovens institucionalizados*. Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Portugal, Porto.
- Silva, A. P. (2011). *A percepção de qualidade de vida do idoso institucionalizado*. Projeto de Licenciatura, Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade Fernando Pessoa, Portugal, Porto.
- Simões, C. (2005). Resiliência e saúde. In Matos, M. G. (Ed.), *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola* (3ª Edição) (51-60). Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana Serviço de Edições.
- Simões, C. (2007). *Comportamentos de Risco na Adolescência*. Lisboa: FCT/FCG.
- Siqueira, A. C., & Dell'Aglio, D. D. (2006). O impacto da institucionalização na infância e na adolescência: uma revisão da literatura. *Psicologia & Sociedade*, 18 (1), 71-80.
- Spirduso, W. (1995). Issues of Quantity and Quality of life. In H. K. Publisher (Ed.), *Physical Dimensions of Aging*. Illinois.
- Stevanato, I. S., Loureiro, S. R., Linhares, M. B. M. & Marturano, E. M. (2003). Autoconceito de crianças com dificuldades de aprendizagem e problemas de comportamento. *Psicologia em Estudo*, 8 (1), 67-76.
- Tomás, C. & Fonseca, D. (2004). Crianças em perigo: o papel das comissões de protecção de menores em Portugal. *Revista de Ciências Sociais*, 47 (2), 383-408.
- UNICEF (1990). A Convenção sobre os direitos das crianças em risco. UNICEF.
- Vieira, J.L., Batista, M.I.B. & Lapierre, A. (2005). *Psicomotricidade Relacional: Teoria de uma prática* (2ª Edição). Curitiba: Filosofart Editora.
- Vieira, J. I. S. (2009). *Os modelos representacionais e a competência social das crianças institucionalizadas*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação – Universidade do Porto, Portugal.